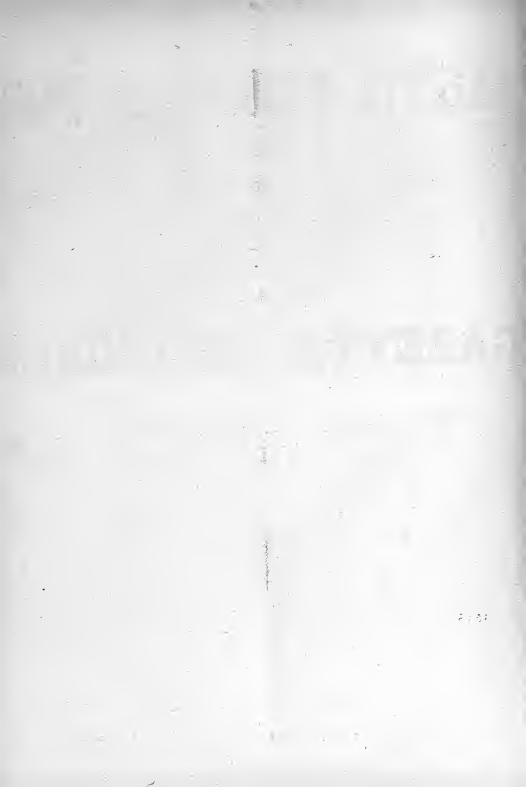
GAZETTE MÉDICALE
DE PARIS



84e ANNÉE

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

(ANCIENNE GAZETTE DE SANTÉ)

JOURNAL HEBDOMADAIRE FONDÉ EN 1830

Paraissant tous les Mercredis

DIRECTEUR : **Docteur LUCIEN-GRAUX**

LAURÉAT DE L'INSTITUT



ANNÉE 1913



HOTEL DE LA GAZETTE

9, Rue Denis-Poisson, 9, PARIS

TÉLÉPHONE { 573.40
W.98.05

Traitement de la Péritonite tuberculeuse

Par M. le Docteur PIRET
Médecin de régiment de 2e classe, de l'Armée belge

L'histoire du traitement de la péritonite tuberculeuse comprend trois périodes : une première de traitement médical et médicamenteux, avec des succès assez rares, et qui a contribué à assombrir à cette époque le pronostic de la péritonite tuberculeuse ; une seconde période, relativement récente, où est né le traitement chirurgical de cette affection dont les résultats ont suscité nn enthousiasme considérable et modifié heureusement le pronostic ; enfin la période actuelle où un certain nombre de médecins ont ajouté au traitement médical bien compris et surtout hygiénique, la tuberculinothérapie et la sérothérapie anti-tuberculeuses, réservant l'intervention chirurgicale pour certains cas bien déterminés.

Traitement chirurgical. — Les premières laparotomies, faites dans la péritonite tuberculeuse furent le résultat d'erreurs de diagnostic. Petri (1874) et Dorhn (1878) avaient cru à des kystes de l'ovaire.

Les interventions faites de propos délibéré datent de 1887.

Technique de la laparotomie. — Elle se borne le plus souvent à la simple incision suivie de l'évacuation des liquides contenus dans la cavité abdominale ; dans d'autres cas on a enlevé des fausses membranes ou des produits caséifiés et même les organes atteints de tuberculose. Retenons que l'incision pure et simple est de beaucoup la meilleure opération.

Dans la forme ascitique simple on se contentera d'évacuer le liquide et de sécher le péritoine sans faire aucun lavage ; il faudra être très prudent également dans la séparation des adhérences. Si les lavages sont absolument contre-indiqués dans la forme ascitique et dans la forme sèche, on peut à la rigueur les employer dans les formes suppurées mais d'une façon très sobre. L'eau bouillie sera toujours préférable à toutes les solutions antiseptiques.

Dans toutes les interventions chirurgicales pour la péritonite tuberculeuse il faut s'abstenir autant que possible de toute irritation inutile ; c'est d'ailleurs une loi générale applicable à toute tuberculose locale.

Le drainage, nécessaire dans les péritonites suppurées, peut également devoir être employé à la suite d'hémorragie en nappe produite par la rupture d'adhérences.

La plupart des chirurgiens sont opposés au drain rigide et même au drain en caoutchouc qui peut favoriser une perforation intestinale ; ils recommandent le drainage avec la gaze, à la Mickulicz.

Dans la forme ascitique libre et dans la forme sèche, on fera une incision médiane sous-ombilicale, on évacuera le liquide, s'il existe, et on suturera sans plus de façon. Dans la forme ascitique enkystée l'incision se fera au milieu de la partie fluctuante. Dans la forme suppurée, le lieu d'incision variera, surtout s'il y a un ou plusieurs foyers enkystés.

Les accidents possibles à la suite du traitement chirurgical sont la récidive de l'épanchement dans la forme ascitique et la production de la fistule intestinale dans les formes ulcéreuses, production favorisée quelquefois par l'application de drains rigides.

Er ce qui concerne la récidive de l'épanchement dans les formes ascitiques, il y a toujours après l'opération un petit retour de l'épanchement qui ne tarde pas à disparaître : dans d'antres cas, l'ascite revient aussi abondante qu'auparavant et l'on est obligé, après la laparotomie, de recourir aux ponctions.

Certains chirurgiens ont proposé et pratiqué de nouvelles laparotomies. Ces laparotomies, dites *itératives*, ont permis de saisir sur le vif le processus de guérison des tubercules du péritoine. Dans quelques cas, une seconde laparotomie, rendue nécessaire par l'éventration résultant d'une première opération, a permis de constater la disparition complète des granulations tuberculeuses.

Un fait très important à signaler, c'est la tolérance remarquable du péritoine tuberculeux vis-à-vis de l'intervention chirurgicale, tolérance plus grande que celle du péritoine sain : ce qui explique la proportion si minime de la mortalité opératoire dans les interventions en cas de péritonite tuberculeuse.

Résultats de la laparotomie. — Pour la forme ascitique, la plupart des chirurgiens donnent environ 75 pour 100 de guérisons chez l'enfant et 70 pour 100 chez l'adulte. La proportion relative de guérisons est moindre pour les autres formes. Mais il faut toujours distinguer que ces chiffres concernent les guérisons *opératoires* et tous sont d'accord pour reconnaître que la mortalité opératoire est très faible.

Quant à la proportion des guérisons *définitives*, elle serait en moyenne de 40 à 50 pour 100 dans la forme exsudative de la péritonite tuberculeuse, de 25 pour 100 dans la péritonite cobésive et considérablement réduite dans les formes ulcéreuses suppuratives.

A côté du traitement chirurgical proprement dit, il y a le traitement local de la maladie dont le mode d'action paraît assez analogue à celui du traitement chirurgical.

La *ponction* simple, évacuatrice, analogue à celle qui se pratique dans la pleurésie avec épanchement, sera réservée surtout à la forme ascitique libre. Elle est beaucoup plus délicate à pratiquer dans les formes enkystées et ulcéro-caséeuses dans lesquelles on peut craindre de blesser l'intestin.

La ponction et surtout les ponctions répétées ne paraissent pas bien curatives et sont au contraire nuisibles, puisque chacune d'elles enlève à l'organisme une quantité notable de substances nutritives et peut-être d'anticorps.

Certains auteurs ont fait suivre la ponction évacuatrice d'un lavage du péritoine avec de l'eau boriquée chaude. D'autres ont substitué aux injections antiseptiques les lavages avec de *l'eau stérilisée à 37, à 40 degrés.*

On a proposé de faire suivre les ponctions *d'insufflation d'air stérilisé* dans le péritoine.

On a employé également l'oxygène et l'azote.

On a traité également la péritonite tuberculeuse par les rayons de Rœntgen.

Le *mode d'action* du traitement chirurgical dans la péritonite tuberculeuse a donné lieu à de nombreuses discussions et l'on s'est même adressé à la pathologie expérimentale pour éclairer la question.

Les expériences faites sur des chiens ont démontré que les chiens laparotomisés survécurent aux chiens témoins.

Pour certains auteurs, l'efficacité de l'opération serait due à l'évacuation du liquide ascitique.

D'autres admettent que le liquide contient des matières toxiques, leucomaïnes ou tuberculines, qui empêchent la séreuse de se défendre contre l'invasion bacillaire. A cela on peut objecter que le rôle des épanchements dans les infections tuberculeuses des séreuses paraît tout à fait différent et qu'il constitue un processus de défense.

La théorie de Weinstein qui admet que l'évacuation du liquide agit par la décompression des vaisseaux péritonéaux ne mérite pas de retenir l'attention.

On a fait jouer un rôle à l'assèchement de la cavité péritonéale, surtout à l'action de la lumière et de l'air : d'où les injections d'air stérilisé.

Certains auteurs admettent qu'à la suite de la laparotomie, il se fait dans le péritoine une sécrétion bactéricide qui agit directement sur les granulations tuberculeuses et amène la fragmentation des bacilles sans qu'il y ait le moindre processus irritatif du péritoine, la moindre néoformation cellulaire, en somme l'absence absolue de phagocytose.

La plupart, au contraire, croient à un rôle actif des cellules leucocytaires qui se transforment ensuite en tissu fibreux.

La laparotomie agirait en favorisant le processus irritatif réparateur. Cette explication est de beaucoup la plus plausible. D'autres enfin, comme Borchgrevink, n'admettent pas l'action de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse ; pour eux, la laparotomie comme la ponction ne supprime point l'épanchement séreux tant que les tubercules péritonéaux n'ont pas atteint un certain degré de guérison. Ils concluent que les cas de tuberculose péritonéale séreuse qui évoluent sans fièvre ou avec une fièvre légère se terminent d'eux-mêmes d'une façon favorable, et dans ces cas la laparotomie est inutile. Dans les formes progressives avec fièvre constante elle est nuisible.

Pour eux, elle est donc à rejeter dans tous les cas.

Traitement médical. — Dans les formes aiguës, le traitement se rapproche de celui des péritonites aiguës : repos, glace sur le ventre, opium, diète hydrique ou diète lactée.

Dans les formes chroniques, on a recommandé comme traitement local l'application d'une cuirasse de collodion élastique qui immobilise jusqu'à un certain point la paroi abdominale et les organes sous-jacents ; il faut avoir soin de faire précéder l'application de collodion d'un badigeonnage iodé de la paroi abdominale et l'on n'appliquera le collodion que lorsque la peau iodée sera bien sèche. Ces applications devront être répétées tous les huit ou quinze jours. On peut aussi faire sur l'abdomen des badigeonnages avec la solution d'alcool gaïacolé au cinquantième ou avec l'huile gaïacolée au dixième.

Ce traitement sera surtout utile dans les formes fébriles pour calmer les douleurs et abaisser la température.

Baginsky a vanté les bons effets des frictions abdominales au savon noir.

La thérapeutique médicamenteuse par voie interne devra toujours être assez sobre. Les médicaments les plus usités sont l'huile de foie de morue, le tannin, les glycérophosphates, les hyposulfites et l'arsenic. Ces trois derniers doivent être employés de préférence sous forme d'injections hypodermiques. On a aussi employé sous cette forme l'iode à la dose de 1 à 2 centigrammes.

Leroux emploie les injections sous-cutanées d'huile gaïcolée.

On a aussi préconisé les lavements d'huile de foie de morue créosotée à la dose de 100 à 150 grammes, contenant 50 centigrammes à 1.50 gr. de créosote. Mais le traitement hygiénique prime le traitement médicamenteux dans la péritonite tuberculeuse comme pour la tuberculose des voies respiratoires. On réalisera le mieux possible la cure d'air,

la cure de repos, et au premier rang la *cure marine* qui a donné les meilleurs résultats.

On y joindra autant que possible un peu de suralimentation.

L'établissement d'un régime alimentaire est particulièrement délicat, étant donné les troubles intestinaux si fréquents ; le lait, les œufs, le beurre, la viande crue, les poudres de viande, telles que la somatose, formeront la base de l'alimentation. Certains malades accepteront aussi volontiers les diverses bouillies au lait : racahout, farine de riz, farine d'avoine, etc.

Traitement par les tuberculines et les sérums antituberculeux. — Dans les tuberculoses apyrétiques, alors même que la lésion est de date relativement ancienne, on voit les symptômes locaux non seulement se modifier, mais même disparaître, en même temps que l'état général s'améliore au point d'en arriver à une guérison que l'on peut considérer comme complète.

Quelle tuberculine faut-il employer ?

La nature de la tuberculine importe peu. Le praticien doit faire usage de celle qu'il est habitué à manier. Pour ma part, j'ai eu recours à la tuberculine de Denys, de Louvain, dans deux cas de péritonite tuberculeuse chronique à forme ascitique. Ce traitement m'a donné un succès complet et à marche progressive et rapide vers la guérison.

Si la nature de la tuberculine importe peu, c'est à la dose qu'il importe de faire attention. Il faut commencer par des doses extrêmement faibles, pour suivre ensuite une progression très lente en se guidant sur les réactions que peut présenter le malade et qu'il faut savoir éviter.

La dose agissante de tuberculine semble être celle qui est immédiatement en dessous de la dose réagissante : tout le secret du traitement consiste à se maintenir à la dose agissante en côtoyant la dose réagissante sans la dépasser et en diminuant la première chaque fois que des réactions deviennent menaçantes. La dose et la progression dans la dose varient donc avec chaque malade selon son degré de réaction.

La dose initiale sera d'autant plus faible que la forme est plus grave.

Dans les cas les plus favorables, avec apyrexie complète depuis plus de huit jours, avec état général satisfaisant, on peut commencer par 1/20, 1/10 de centimètre cube de tuberculine ordinaire. Au contraire, dans les cas où les réactions paraissent menaçantes, on se contentera au début de solution au millionième.

Dans certains cas très favorables, on peut injecter assez rapidement des doses de plus en plus élevées sans craindre de réaction et arriver ainsi très tôt à des doses très concentrées qui peuvent être considérées comme le maximum auquel on se tiendra jusque bien loin dans le traitement.

En règle générale, après avoir débuté par des doses sûrement inoffensives, on injectera la tuberculine à des intervalles suffisamment espacés avec des doses progressivement mais lentement ascendantes et l'on s'arrêtera lorsqu'il y aura menace d'intolérance.

Lorsqu'on arrivera à faire supporter des doses fortes, on les continuera assez longtemps, se souvenant toujours que pour obtenir une guérison durable il faut faire un traitement prolongé.

La *sérothérapie* antituberculeuse sera employée dans les formes à marche rapide, avec fièvre, sauf dans les cas où nous aurons des raisons de craindre les complications graves de l'anaphylaxie. Dans ces cas, nous pourrions utiliser les sérums en lavements, comme il a été fait avec succès par différents praticiens.

Les résultats obtenus par les sérums antituberculeux sont analogues à ceux obtenus par les injections de tuberculine. Les symptômes locaux se modifient en même temps que l'état général du malade s'améliore.

On pourrait aussi, dans certains cas à forme apyrétique, associer aux injections de tuberculine le traitement par le sérum antituberculeux : ce qui paraîtrait favorable dans le cas où il serait utile de stimuler l'état général du malade.

Il nous reste maintenant à comparer et à apprécier la valeur de ces différents traitements et à indiquer lequel sera le plus utilement employé dans les diverses formes de péritonite tuberculeuse.

Certains chirurgiens, très enthousiastes, nient à peu près l'utilité du traitement médical et sont partisans systématiques de l'intervention chirurgicale faite le plus près possible du début de la maladie. Mais ils ont trop souvent confondu la guérison opératoire, le succès chirurgical, avec la guérison définitive. De plus, leurs succès ont été surtout obtenus dans les formes bénignes, dans les formes ascitiques qui, on le sait actuellement, guérissent très souvent par le traitement hygiénique. D'ailleurs, la plupart des chirurgiens insistent sur la nécessité de ce traitement hygiénique après l'opération.

Certains auteurs rejettent complètement le traitement chirurgical systématique de la péritonite tuberculeuse ; ils ne l'admettent pas dans les formes sèches et dans les formes ascitiques et déclarent ce traitement utile seulement dans les cas de péritonites tuberculeuses avec occlusion intestinale et dans les formes suppurées.

C'est surtout dans les formes suppurées généralisées et dans les formes enkystées à poche unique que les meilleurs résultats ont été obtenus : péritonite suppurée périombilicale, sous-hépatique, etc. Au contraire, dans les formes suppurées, à poches *multiples*, l'intervention est le plus souvent absolument inutile, si pas nuisible.

Dans les cas d'occlusion intestinale par brides fibreuses ou par toute autre cause, l'intervention chirurgicale devient indispensable lorsque les moyens ordinaires ont échoué (lavages de l'intestin et de l'estomac, lavements électriques).

En résumé, le traitement médical et hygiénique et en particulier la cure marine, le traitement par la tuberculine et la sérothérapie antituberculeuse, seront les traitements de choix dans les formes ascitiques et fibro-caséeuses de la péritonite tuberculeuse. Très exceptionnellement, en cas d'insuccès de ces traitements, l'intervention chirurgicale pourra être tentée.

Au contraire, la laparotomie sera presque toujours la seule ressource en présence des phénomènes d'occlusion intestinale et dans les cas de péritonite suppurée.

La transmission de la Fièvre récurrente par le Pou

On a procédé à de nouvelles recherches sur les conditions de la transmission de la fièvre récurrente par le pou. On a constaté que l'insecte qui s'est infecté en suçant le sang d'un sujet déjà atteint, ne transmet pas l'infection par ses piqûres. Lorsqu'ils viennent de piquer un sujet infecté, les spirilles introduits dans son tube digestif y disparaissent rapidement, et passent à un état où l'ultramicroscope lui même est impuissant à les déceler. Les spirilles ne reparaissent qu'au bout de huit jours. On les retrouve alors dans la cavité cœlomique de l'insecte. Aussi, pour transmettre l'infection, il est nécessaire que le pou soit écrasé, et qu'une parcelle du produit de broyage se trouve mise en contact avec une excoriation, ou avec les muqueuses de l'homme.

REVUE CLINIQUE

Endocardite tuberculeuse

Par MM. les Docteurs ARDIN-DELTEIL, M. RAYNAUD, COUDRAY et PELISSIER.

Il s'agit d'une endocardite tuberculeuse végétante, découverte à l'autopsie d'un malade qui, à la suite d'une fièvre typhoïde banale, réalisa une tuberculose pulmonaire avec méningite tuberculeuse en plaque de la convexité de l'hémisphère gauche.

L'observation dont suit un résumé, comprend deux parties :

Dans une *première phase*, le malade, M... Joseph, 28 ans, célibataire, pâtissier, fait, à la clinique médicale, une fièvre typhoïde de moyenne intensité, qui dure du 25 novembre au 27 décembre 1911.

Le séro-diagnostic de Widal est positif au 1/100e ; l'*hémoculture* donne du bacille d'Eberth.

Pendant cette période, on note de l'induration et de la congestion du sommet gauche. On relève en outre l'existence d'une arthrite bacillaire du genou gauche, remontant à 15 mois.

Dans une *deuxième phase*, au cours d'une convalescence traînante, la tuberculose du poumon gauche entre en activité et on constate une fonte rapide du sommet.

Le 20 février 1912, le malade demanda à quitter l'hôpital. On remarque à ce moment un embarras marqué de la parole et une hémiparésie faciale droite, de type central, respectant le facial supérieur.

Trois jours après, retour du malade dans le service. On assiste à la production d'une hémiplégie droite progressive, accompagnée d'aphasie ; on constate de la raideur de la nuque, et un léger signe de Kernig ; incidemment, quelques mouvements convulsifs dans le bras droit ;

Une *ponction lombaire* montre de l'hypertension et de l'hyper-albuminose du liquide céphalo-rachidien.

Le malade tombe progressivement dans le coma et meurt le 4 mars.

A noter que, durant sa fièvre typhoïde, le cœur du malade n'a donné lieu à aucune remarque particulière. Pendant la période méningitique on n'a noté aucun souffle, aucun piaulement du côté des divers orifices ; tout au plus, un peu d'assourdissement du premier bruit.

Autopsie. — L'autopsie a pu être pratiquée six heures après la mort.

Poumons. — A l'ouverture du thorax, on trouve quelques adhérences pleurales au niveau du sommet gauche.

A la coupe, on trouve à gauche une caverne ayant les dimensions d'un œuf de poule et occupant tout le sommet gauche. Tout autour de l'excavation, il existe des tubercules jaunâtres caséeux.

Au sommet droit, quelques petits tubercules.

En plus de ces lésions, à la section, les deux poumons sont parsemés de granulations miliaires : chacune d'elles apparaît sous l'aspect d'une petite masse grisâtre, translucide, de la grosseur d'une tête d'épingle.

On retrouve quelques granulations analogues dans le foie, la rate, les reins.

Méninges cérébrales. — Fortement congestionnées. Sur la convexité de l'hémisphère gauche, suivant la scissure de Sylvius et remontant sur la scissure de Rolando, on trouve une large plaque de méningite, avec exsudat grisâtre, purulent, débordant largement les limites des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. Le maximum des lésions est au voisinage de la scissure de Sylvius. On comprend uettement qu'il s'est agi d'une plaque de méningite qui s'est propagée le long des branches de la sylvienne, et dont le début s'est fait au niveau des centres moteurs de la face. Le long des branches de la

sylvienne, granulations tuberculeuses nettes.

Cœur. — Rien du côté du péricarde.

L'examen microscopique le plus attentif ne révèle pas d'autre lésion que celle de la *valvule mitrale*, dont voici la description :

Les deux valves portent sur leur face axiale, à un ou deux millimètres du bord libre, une étroite guirlande de végétations grenues, courant tout le long de ce bord libre. Ces végétations, rosées, forment un bourrelet peu saillant, large à peine d'un millimètre. Elles sont très adhérentes à la surface de l'endocarde.

L'une des valves a été fixée dans le sublimé acétique pour l'examen histologique et la recherche des bacilles sur les coupes ; l'autre, broyée dans du bouillon, *après un lavage soigné à l'eau stérile*, a été inoculée sous la peau d'un cobaye (4 mars 1912).

Examen histologique. — (Laboratoire d'anatomie pathologique : M. Pélissier).

La *valve* présente un peu d'œdème dissociant les fibres du tissu conjonctif de charpente ; par places, des faisceaux d'éléments en dégénérescence hyaline.

Dans la charpente fibreuse, nombreuses lumières vasculaires, bourrées de globules rouges ; on rencontre ces vaisseaux jusque dans la région de la valve sous-jacente à la végétation. Au-delà, vers le bord libre ils sont complètement absents.

La *végétation*, entièrement fibrineuse, ne présente pas trace d'organisation. Sur les coupes favorables, l'endocarde est proliféré au niveau de la base d'implantation, et déjà s'esquisse un léger degré de pénétration. *Il n'y a nulle part, de formation folliculaire.*

Examen histo-bactériologique. — Sur ces coupes, aussi minces que possible, la coloration de Ziehl permet de découvrir des bacilles de Koch. Ils sont en petit nombre ; mais un examen attentif permet d'en découvrir un ou deux par coupe ; on les rencontre assez souvent groupés deux par deux ; ils sont très reconnaissables à leur aspect granuleux et à leur acido-résistance.

Les autres modes de coloration n'ont pas montré d'autres espèces microbiennes.

Inoculation. — Le cobaye, inoculé le 4 mars, a succombé le 4 avril. L'inoculation avait été faite au niveau de l'aine gauche, sous la peau.

A l'autopsie, on trouve des lésions tuberculeuses très nettes dans la plupart des organes.

Dans la région inguinale gauche, un *ganglion*, du volume d'un grain de blé, à centre caséeux.

Le *péritoine*, l'*épiploon*, sont parsemés de grosses granulations arrondies.

Le *foie* montre un semis de granulations grosses comme des têtes d'épingles.

La rate présente un très fin piqueté.

Les autres organes n'ont rien présenté de particulier.

L'examen histologique montre, dans le ganglion, le péritoine, l'épiploon, de nombreux follicules tuberculeux.

Dans les coupes fines du ganglion, on a pu colorer *de très nombreux bacilles de Koch.*

Je ne m'attarderai pas à discuter longuement cette observation.

Comme dans les autres endocardites infectieuses, il est évident que l'agent pathogène, en l'espèce le bacille de Koch, a été mis au contact de l'endocarde par le sang circulant ; il y a eu, en un mot, bacillémie tuberculeuse. Ce n'est point par l'intermédiaire des vaisseaux, c'est directement par l'endothélium que le bacille a abordé l'endocarde.

Comme l'avaient fait remarquer Potain et Teissier, les lésions sont surtout juxta-marginales. Enfin, l'examen a montré que le bacille de Koch existait seul dans les végétations, à l'exclusion de tout autre agent pathogène.

On peut donc dire, de par les résultats positifs de l'inoculation au cobaye, de par l'examen au microscope, qu'il s'agit bien d'une *endocardite à bacille de Koch.*

Cette observation est calquée sur celles, bien connues de G. Lion (1), de Londe et Petit (2), d'Etienne (3), de Poncet et Patel (4), Ferrand et Rathery (5), de Landouzy (6), où successivement l'inoculation, ou l'examen histo-bactériologique, ou encore l'inoscopie, démontraient la présence du bacille de Koch.

Comme dans ces observations, l'anatomie pathologique montre des lésions inflammatoires banales, sans caractère spécifique, sans formations folliculaires.

Il est hors de doute que ces lésions, abandonnées à elles-mêmes et guérissant pour aboutir à un travail de sclérose de l'endocarde seraient prises plus tard pour des endocardites banales. Il est donc du plus haut intérêt de fixer leur physionomie et leur pathogénie, toutes les fois qu'on le peut.

Notre sentiment est que le cadre de l'intervention de la tuberculose dans les lésions des séreuses du cœur doit être libéralement élargi. Que d'endocardites qui n'ont, pour expliquer leur présence, ni rhumatisme, ni infections graves ! Et même, parmi les endocardites dites rhumatismales, combien doivent dépendre de tuberculoses plus ou moins septicémiques à type rhumatismal ou pseudo-rhumatismal.

Il nous a été donné de suivre dans notre service un homme d'une quarantaine d'années, qui n'avait jamais eu de maladies infectieuses, mais avait été un alcoolique endurci. On constatait chez lui de l'artériosclérose, de l'hypertension sanguine, une insuffisance aortique et un cœur hypertrophié. On le considérait comme cardio-artériel. Or ce malade fit une asystolie progressive, accompagnée de fièvre et, à l'autopsie, on trouva une symphyse du péricarde, non diagnostiquée et une tuberculose pulmonaire en voie d'évolution. On peut, il est vrai, dire que chez lui, l'alcoolisme avait fait le lit de la tuberculose et que celle-ci fut secondaire et terminale. Mais on a tout autant de raisons pour dire que, sous l'influence d'une tuberculose latente, cet homme qui n'avait pas trace de rhumatisme dans ses antécédents, avait fait une endopéricardite tuberculeuse ; qu'il a continué à faire de la tuberculose, et que celle-ci a évolué malgré l'existence des lésions cardiaques, ou même à cause de l'asystolie longtemps prolongée.

Sans tomber dans l'excès qui irait jusqu'à diminuer l'importance du rhumatisme franc dans l'étiologie et la pathogénie des lésions de l'endo-péricarde, il faut ouvrir les yeux aux faits qui viennent s'offrir d'eux-mêmes, et montrent que, dans l'histoire de l'endocardite et des lésions valvulaires, une part, plus considérable qu'on ne le croit en général, revient incontestablement de droit à la tuberculose et dans mon esprit, je placerais volontiers l'infection tuberculeuse immédiatement après le rhumatisme, sinon côte à côte, avec lui, dans l'histoire des endocardites, aiguës ou chroniques (7).

REVUE DE PATHOLOGIE

Origine hématogène de certaines Appendicites aiguës

Par M. le Professeur F. WIDAL et MM. les Docteurs P. ABRAMI, E. BRISSAUD et WEISSENBACH

Malgré les constatations cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales qui plaident en faveur de l'origine hématogène de certaines appendicites, cette pathogénie n'a pu, jusqu'ici, être démontrée de façon certaine, car dans aucun cas on n'a pu faire la preuve, par l'hémoculture, de la circulation préalable, dans le sang, des germes qui produisent les lésions appendiculaires.

L'observation que nous rapportons présente, à ce point de vue, la valeur d'une expérience : grâce à l'ensemencement du sang, nous avons pu saisir sur le fait toute la filiation des accidents infectieux, et démontrer l'existence d'une septicémie durable, ayant déterminé soudainement des lésions d'appendicite perforante mortelle.

Chez une femme qui, pendant 15 jours, présente le tableau classique et complet d'une infection typhoïde, sans aucun symptôme appendiculaire, l'hémoculture permit d'isoler par deux fois du sang le bacille paratyphique B.

Au bout de quinze jours, des phénomènes péritonéaux se déclarent, qui entraînent la mort en vingt-quatre heures. L'autopsie révéla l'existence d'une appendicite perforante accompagnée de lésions ecchymotiques du cœcum. Le bacille paratyphique B existait à l'état de presque pureté dans toutes ces lésions. L'examen histologique vint confirmer encore l'envahissement des parois appendiculaires et cœcales par la voie sanguine, en montrant la présence, dans la lumière des capillaires de nombreuses colonies de bacilles éberthiformes.

Cette typhlo-appendicite représentait l'unique détermination intestinale de la septicémie ; l'intestin grêle tout entier était dans un état d'intégrité parfaite ; il n'existait pas la moindre lésion des plaques de Peyer ni des autres organes lymphoïdes.

Cette observation permet donc d'ajouter un chapitre nouveau à l'histoire des appendicites hématogènes. Elle permet de comprendre comment une appendicite peut se développer à la suite des infections générales les plus variées ou même après une suppuration sous-cutanée comme dans le cas célèbre de Gambetta. Il est très vraisemblable que l'hémoculture, appliquée systématiquement et de façon très précoce à l'étude des appendicites, viendra élargir de plus en plus le cadre de l'infection descendante de l'appendicite.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'éruption variolique par la teinture d'iode

Par M. le Docteur Et. CABANES (d'Alger).

Parmi les divers traitements indiqués pour lutter contre l'éruption et la suppuration varioliques, il y a fort longtemps que l'emploi de la teinture d'iode a été préconisé en badigeonnages, et est tombé dans l'oubli.

Il y a deux ans, au cours d'une petite épidémie dans le quartier de la rue Hoche, à Alger, j'ai eu à traiter trois cas de petite vérole et j'ai fait suivre la technique suivante par les garde-malades, minutieusement ; matin et soir, dès l'apparition des macules, des vésicules, on touchait avec un petit bâtonnet imbibé de teinture d'iode la tache variolique, en respectant la peau saine. Ce travail très long, tâche de ponctuation, qui réclame beaucoup de patience, tatouage momentané étendu à tout le corps, a duré deux heures et parfois davantage, pendant huit jours en moyenne, jusqu'à dessiccation absolue des pustules.

Les observations essentielles que j'ai retenues de cette méthode sont les suivantes :

1° La période de suppuration et sa fièvre ne se sont pas produites dans les trois cas ainsi traités :

2° Les malades n'ont aucune trace, aucune

(1) G. Lion. *France médicale*, 1892.
(2) Londe et Petit. *Arch. générale de méd.* 1894.
(3) Etienne. *Arch. de méd. expérimentale* 1898.
(4) Patel. *Revue de chir.* 1909; Poncet, Lyon médical, 1902.
(5) Ferrand et Rathery. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 19 février 1903.
(6) Landouzy. *Presse médicale*, juillet 1908; novembre 1908.
(7) *Soc. de méd.* d'Alger.

cicatrice spécifique de la petite vérole sur les régions ainsi traitées, notamment la face, fait surtout apprécié par elles.

Dans deux cas, Mlles X., 20 et 22 ans, il s'agissait de varioles cohérentes. Dans un cas, Mme X..., 40 ans, d'une variole confluente (1).

REVUE DE CHIRURGIE

Le Traitement des fractures de jambes

Par M. le Docteur DUPUY DE FRENELLE

Dans le traitement des fractures de jambe, la réduction en un temps par la violence suivie de l'application d'un appareil inamovible plâtré donne le plus souvent de mauvais résultats. La réduction doit être tentée par des manœuvres de douceur, ayant pour but de faire tomber la contracture musculaire. La réduction obtenue doit être maintenue par le modelage des os dans des attelles — de chanvre plâtré — attelles qu'il est facile d'enlever les jours suivants pour parfaire la réduction et mettre en œuvre le traitement fonctionnel. Lorsque la réduction ne peut être obtenue le premier jour, l'extension continue s'impose, — Dupuy de Frenelle réalise cette extension par la traction aux poids, faite par l'intermédiaire d'un étrier en leucoplaste adhésif, sur la jambe.

La jambe repose sur une attelle roulante qui réduit au minimum la surface de frottement. Le pied est suspendu à une potence annexée à la semelle de la gouttière. Cette potence permet d'élever plus ou moins le pied pour corriger la déviation angulaire des fragments. L'inclinaison de la potence permet de ramener à volonté le pied dans l'axe pour corriger la torsion vicieuse des fragments.

Lorsque la fracture est compliquée de plaie, de lésions de la peau, Dupuy se sert d'un appareil dont l'âme est formée par une tige de caoutchouc sous pression. Cet appareil permet de régler l'allongement de la jambe et de corriger la déviation angulaire et la déviation en torsion. Il a surtout le grand avantage de permettre le traitement des lésions annexes des tissus mous et de la peau en laissant toute la jambe à nu. Pour le traitement sanglant des fractures de jambe, Dupuy se sert d'un davier porte-plaque qui place et fixe la plaque en même temps qu'il maintient les fragments. Il fixe les vis avec un plante-vis spécial qui permet de planter à fond et bien perpendiculairement la vis dans l'os.

Grenouillette sublinguale chez un Garçon de cinq ans Opération, récidive. Guérison accidentelle

Par M. le Docteur RAILLET

Vers la fin d'avril dernier, regardant par hasard la bouche de son fils, âgé de cinq ans, la mère du jeune Auguste G... constate l'existence d'une petite tuméfaction située au-dessous de la langue ; d'abord grosse comme une noisette, cette tumeur ne tarde pas à augmenter de volume, au point qu'en juin l'enfant éprouve une gêne notable de la parole, de la mastication et même de la respiration pendant le sommeil. Indolence complète ; pas de salivation. Le petit malade est conduit à l'hospice d'Ivry où il est examiné par un chirurgien distingué des hôpitaux qui confirme le diagnostic de grenouillette, et le 2 juillet, il subit, dans le service de M. le professeur agrégé Gosset, l'excision partielle de sa tumeur.

Quinze jours environ après l'opération, celle-ci commence à se reproduire et se développe de nouveau assez rapidement. L'enfant est amené à ma consultation le 1er août, et je constate, en saillie sur le plancher de la bouche, une tumeur grosse comme la moitié d'une noix, inégalement arrondie, présentant une ébauche de biloculation ; recouverte par la muqueuse buccale, elle a une teinte gris bleuâtre et donne l'impression d'être translucide. On devine à peine la cicatrice opératoire. A la palpation, la tumeur se montre peu tendue, presque flasque, parfaitement indolente.

Je conseille une nouvelle intervention qui, pour des motifs particuliers, est différée; d'ailleurs, l'accroissement de la tumeur se ralentit un peu. Vers le 15 août, l'enfant s'amusant à casser des noyaux de prunes avec les dents, se blesse ; le lendemain, en regardant sa bouche, on s'aperçoit que la tumeur est crevée, et qu'il existe une sorte de pinçon » sur la muqueuse «. Il s'ensuit une vive inflammation, avec œdème des parties molles étendu jusqu'aux téguments de la face. Salivation excessive. Pas de suppuration. Cela cède à des lavages de bouche à l'eau oxygénée ; en huit jours, la guérison est complète.

J'ai revu le petit malade le 28 octobre ; la guérison s'est maintenue, il n'y a pas trace de récidive ; on voit seulement une petite cicatrice linéaire irrégulière à la base de la langue. Et, depuis lors, l'enfant se développe mieux, devient plus gai et plus vif.

Cette observation me paraît intéressante à deux titres : l'âge du malade et le mode de guérison.

Si Forgue écrit que la grenouillette sublinguale affectionne le jeune âge, Kirmisson dit qu'elle s'observe plus souvent chez l'adulte et dans le sexe féminin ; de même Abadie (1) qui ajoute : « on en observe cependant chez l'enfant, nous en avons vu personnellement deux cas chez des fillettes ». En fait, cette affection est rare chez l'enfant. Je n'ai pas le souvenir d'en avoir vu une seule à la consultation des Enfants-Malades pendant mon année d'internat en chirurgie. J'insisterai enfin sur le sexe de mon petit malade.

Quant aux circonstances qui ont amené la disparition de la tumeur, elles ne sont point sans intérêt. Sans doute, la guérison spontanée est possible par rupture ou éclatement, mais s'il se peut que le liquide s'écoule, que la poche se rétracte et s'oblitère, il est plus fréquent que l'orifice se referme bientôt et que la récidive se produise.

L'éclatement, d'ordinaire spontané, a été causé chez le jeune G... par un fragment de noyau de prune. Peut-être serait-il survenu sans cet accident, car la mère se rappelle que la veille l'enfant s'était plaint de la bouche.

Il y a lieu de noter l'absence de suppuration, en dépit d'une inflammation assez violente ; c'est, d'ailleurs, un fait signalé par tous les auteurs que, malgré la septicité du milieu buccal, et contrairement à la plupart des cavités kystiques, les grenouillettes suppurent difficilement.

Chez mon petit malade, cette inflammation a abouti fort heureusement à la disparition de la tumeur, et je crois pouvoir dire à sa guérison, puisque deux mois et demi après l'accident, il n'y avait pas la moindre tendance à la récidive. Il s'est produit, en somme, accidentellement, ce que les chirurgiens ont cherché parfois à provoquer en irritant la poche par des caustiques variés (2).

(1) Soc. de Médec. d'Alger.

(1) Gazette des Hôpitaux, 24 novembre 1903.
(2) Soc. médic. de Reims.

CARNET DU PRATICIEN

Phlegmatia alba dolens à la période aiguë.

Immobilisation immédiate et complète du membre malade dans une gouttière large et bien garnie d'ouate. Elever légèrement le membre au-dessus du plan du lit afin de favoriser la circulation veineuse en retour.

Ne pas oublier de placer un cerceau pour éviter le poids des couvertures, souvent difficilement t-léré.

Régime lacté pendant toute la période fébrile.

Soutenir l'énergie cardiaque des malades en leur donnant les deux ou trois premiers jours de la maladie, 0.30 à 0.50 cent. de caféine en injections hypodermiques (Lemoine et Gérard).

Trois ou quatre fois par jour dans un peu de lait, une cuillerée à café de :

Collargol	0 gr. 30
Albumine d'œufs frais	1 gr.
Glycérine à 30°	1 —
Eau distillée	100 —

(PAPILLON.)

En cas de douleurs très aiguës, injection sous-cutanée de morphine.

Contre la gastralgie des alcooliques

Chlorydrate de morphine	0 gr. 05
— de cocaïne	0 gr. 02
Eau, q. s. pour faire	150 grammes

Prendre, toutes les cinq minutes et jusqu'à cessation des douleurs, la valeur d'une cuillerée à thé de cette mixture, sans toutefois que le nombre des prises dépasse *dix* dans les vingt quatre heures.

Indications des Stations hydrominérales et climatiques

En romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

En romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant pas d'eau.*

En «italique». — *Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydro-minéral.*

Albuminuries. — Saint-Nectaire.
Anémie. — Cauterets, Lamalou, La Bourboule.
Arthritisme. — Coutrexéville, Cauterets, Mont-Dore.
Artério-sclérose. — Plombières, Royat.
Asthme. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Enghien.
Bronchites. — Cauterets.
Bronchites chroniques. — Cauterets, Mont-Dore La Bourboule.
Coliques hépatiques. — Coutrexéville.
Constipation. — Cauterets, Châtel-Guyon.
Coryza chronique. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades, Enghien.
Dermatoses. — Saint-Christau, La Bourboule, Fumades.
Diabètes. — Coutrexéville, La Bourboule, Vichy.
Dyspepsies. — Plombières, Cauterets.
Emphysème. — Mont-Dore, La Bourboule, Enghien.
Entérites. — Châtel-Guyon, Cauterets, Plombières.
Estomac. — Vichy, Plombières.
Foie. — Coutrexéville.
Gorge. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades.
Goutte. — Coutrexéville, Aix-les-Bains.
Gravelle urique. — Coutrexéville, Châtel-Guyon, Vichy.
Laryngites. — Cauterets, La Bourboule, Fumades, Enghien.
Leucoplasie. — Saint-Christau.
Métrites. — Plombières, Salins-Moutiers, Fumades.
Névralgies. — Plombières.
Nez. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades.
Reins (Lavage). — Coutrexéville.
Rhumatismes. — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax.
Rhume des Foins. — Mont-Dore, La Bourboule.
Sciatique. — Aix-les-Bains.
Syphilis. — Cauterets, Aix-les-Bains.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 28.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur LUCIEN GRAUX.

84e Année (Série XIIIe) — No 179 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 1er Janvier 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTEUR
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Exposition Bruxelles 1910
Vice-Prés. de cl. Expos. Gand 1913

Ancienne Gazette de Santé
(140e Année)

Sommaire du Numéro du 1er Janvier 1913

Nos vœux.

La Gazette Médicale de Paris *adresse ses meilleurs vœux à ses lecteurs. Elle remercie tous ceux qui lui ont facilité la grande diffusion de ses éditions française, russe, espagnole et portugaise. Elle s'efforcera d'être encore plus intéressante, plus utile, et de s'améliorer. Elle compte pour cela sur l'aide de ses fidèles lecteurs pour faire la propagande autour d'eux et recueillir de nouveaux et nombreux abonnements.*

ÉCHOS

Les nouvelles doctoresses de la faculté de Paris.

La faculté de médecine de l'Université de Paris vient de juger dignes du grade de docteur, après une brillante soutenance, quatre femmes, deux Françaises et deux étrangères : Mme Emma Mantoux, Mlle Marie Rabuteau, Mlle Johanna Pokitonow, avec la mention « très bien », Mlle Vera Bolèsat, avec la mention « bien ». Les quatre nouvelles doctoresses ont reçu les éloges et les félicitations du jury.

Les blessures de guerre.

Le docteur de Lacombe, chirurgien en chef de l'hôpital français de Péra, a fait une statistique sur les blessures des soldats soignés dans plusieurs hôpitaux, statistique qui sera prochainement publiée. Il en résulte que, contrairement aux anciennes statistiques admises, soixante-cinq pour cent au moins des blessures proviennent de shrapnels, vingt-cinq pour cent seulement de balles de fusil.

Cela peut s'expliquer par l'inertie des troupes peu manœuvrières et toujours groupées, ignorant la réelle utilisation du terrain. Les blessures faites par la balle du fusil entraînent rarement une suppuration, car la haute température acquise par la balle à la sortie du canon doit se conserver grâce à sa vitesse considérable. La balle est donc aseptique. Au contraire, les blessures des shrapnels suppurent toujours. La balle de shrapnel se fragmente facilement et fait de mauvaises blessures, tandis que la balle de fusil se déforme rarement et fait une blessure généralement nette.

L'Industrie de la Santonine.

On sait que la santonine est extraite des capitules de l'*Artemisia cina*. Cette plante, que l'on rencontrait en diverses contrées de l'Asie et de l'Afrique ne se trouve plus en abondance que dans le Turkestan, dans les districts de Tschimkent et d'Aulicata, sur les deux rives du Syr-Daria. On estime à 500.000 hectares la surface sur laquelle croît cette plante.

Les Kirghiz nomades la récoltent en cueillant les capitules à la main et la vendent aux marchands tartares au prix de 5 à 6 kopecks la mesure de 18 kilos. Ceux-ci la revendent 30 à 35 kopecks à Tschimkent. La récolte totale est d'environ 2 340 000 kilos dont une partie est exportée en nature, mais dont la plus grande partie sert à fabriquer la santonine sur place. Un industriel russe a établi à Tschimkent même une usine qui traite plus de 1.300.000 kilos de semen-contra. Il paraît que la précieuse plante commence à devenir plus rare dans le Turkestan et qu'on sera obligé de prendre des mesures pour prévenir sa disparition.

Pour la Repopulation

A M. le Dr Lucien-Graux,
Rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris*.

Monsieur,

Dans notre temps agité par tant de questions et problèmes il n'y a pas de question plus brûlante que celle de la dépopulation de notre pays. Quoi, la France, le flambeau du monde, l'âme généreuse du monde, le sourire du monde, disparaîtrait de la terre parce que ses berceaux restent vides.... Je pense, Monsieur, que non seulement tous les Français, mais aussi tous les peuples étrangers devraient s'en émouvoir. Car que deviendrait le monde sans l'âme de la France.... ?

Mais voulez-vous me permettre de vous exprimer un léger étonnement, qui m'est resté après la lecture de l'article très intéressant du Dr K. dans votre journal du 18 décembre, qui d'ailleurs me saisit chaque fois que je vois traiter le grave sujet de la dépopulation. ....Il y a un tout petit facteur que tout le monde semble constamment oublier, oh, une toute petite chose seulement, et bien négligeable aux yeux de la plupart des législateurs...., mais enfin un petit facteur qui tout de même peut avoir une certaine influence : la mère.....

Si vraiment on veut efficacement combattre la dépopulation, ne croyez-vous pas qu'il pourrait être utile de consacrer quelques pensées à celles qui font les naissances, de qui dépendent les naissances, et sur qui retombe tout le poids de la repopulation ? Si ce n'était un peu triste, et surtout très dangereux pour la cause, ce serait assez divertissant de voir combien dans les plus savantes dissertations sur la dépopulation, on oublie régulièrement la femme.

Et pourtant, Monsieur, c'est d'elle que dépendra en grande partie le succès ou.... l'insuccès de tous les efforts..... J'ai vécu cet été en Seine-et-Oise, au milieu d'une population rurale des plus intéressantes, des plus sympathiques, et j'ai eu l'occasion de beaucoup causer avec de braves vieilles paysannes. Ah ! si je pouvais vous peindre le sourire las sur ces belles faces flétries, où la vie avait inscrit en lignes cruelles les peines et les soucis,... « Comme j'ai trimé..., pour mes huit enfants ! me disait une de ces fermières. Quelles années de fatigues.. mais mes filles seront bien plus malignes...., » Or, la « malignité » de ces filles, c'est la mort de la France....

Alors, comment les guérir de leur « malignité » ? comment leur redonner le goût d'une vie de sacrifice, comment exalter en elles le sentiment d'une joie plus noble que celle d'échapper à l'exténuation prématurée de leurs mères ?... Ne croyez-vous point, Monsieur, qu'il pourrait être tant soit peu intéressant d'examiner cette question ?

On veut rendre la vie plus facile aux pères des nombreuses familles ? L'idée est excellente, c'est évident, elle est pratique, elle s'impose. Mais que fera-t-on pour les mères des nombreuses familles ? Pourtant un seul regard sur les centaines de milliers de cabarets qui couvrent le sol de la France, comme autant de champignons vénéneux, suffit pour faire comprendre que les avantages accordés aux pères de famille seront infiniment souvent un bénéfice pour d'autres que pour celles qui ont créé la nombreuse famille. Et même si l'argent ne s'en va pas par dessus le zinc, que de fois il sera dépensé sans apporter le plus petit soulagement à la créatrice.... Il n'est pas besoin d'être pessimiste pour envisager ainsi les choses. Un peu d'observation impartiale suffit.

Puisque la repopulation d'un pays est le travail par excellence de la femme ; puisque pour chaque vie qu'elle donne, elle sacrifie au moins une année de sa propre vie, une année de lassitude, d'énervements, de souffrances, de vigueur amoindrie, de renoncement à bien des choses, puisqu'elle paie la vie de son enfant de douleurs, dont aucun des membres de la « Commission de la Dépopulation » ne peut même se faire une idée, ne serait-il pas logique, pour ne pas dire juste, que ce soit à elle que s'adresseraient les encouragements, sous formes d'avantages matériels ? Je sais bien que cette idée fera sourire certaines personnes puisqu'elle bouleverse beaucoup de chers préjugés. Mais que ceux qui s'amuseront à en sourire se disent bien qu'il s'agit ici de trouver une solution pour que ce ne soit pas l'Allemagne qui rie la dernière....

Puisque ce sont les femmes dont, en grande partie, dépend le sort de la France, pourquoi ne leur accorderait-on pas, à elles, des primes à chaque nouvelle vie qu'elles auraient donnée à la patrie ? Ces primes — sous forme de petites mensualités durant quelques années ou bien d'un secours assez considérable en une fois, ou n'importe sous quelle forme que la sagesse du législateur aurait trouvée — seraient pour la femme enceinte d'un réconfort matériel et moral plus grand qu'on ne saurait se l'imaginer. Tous ceux qui connaissent un peu les milieux ouvriers et agricoles ne pourront douter de l'effet immense qu'aurait une mesure assurant à la femme un sérieux avantage dès qu'elle aurait pour une troisième fois créé un citoyen. Au lieu d'être aux yeux du mari une valeur de travail amoindrie, elle serait auréolée, dès les premiers mois de la gestation, de l'auréole de la « Semeuse ». Donné aux mères, l'argent de l'Etat serait dépensé presque sans exception pour les besoins de la famille, les pères en profiteraient, et pour la pauvre créature aux flancs lourds, ce serait la douceur de l'indépendance matérielle et la révélation que son travail, le grand travail de l'enfantement, est une chose utile, désirable, et que la Cité honore... La plupart ne doivent guère s'en douter, en ce moment....

« Mais où prendre tout cet argent pour servir de soutien et d'encouragement aux femmes... ? La belle question ! Si l'on trouve l'argent nécessaire pour acheter des canons, afin de défendre nos frontières, ne trouvera-t-on pas aussi l'argent pour faire vivre celles qui donnent les défenseurs vivants ? Puisque pour la France se pose dorénavant la terrible question : « être ou ne plus être » pourrait-on hésiter à faire tous les sacrifices ?...

Toutes les commissions, tous les discours, tous les articles de journaux, même tous les concours ne s'adressant qu'aux pères de famille, seront impuissants à forcer nos femmes à s'étendre plus souvent sur leur lit de douleur. Il n'y a qu'un moyen : c'est de leur prouver sérieusement, efficacement et d'une façon tangible, que la patrie a besoin de leur concours et qu'elle sait l'apprécier. Ne paie-t-elle pas ses ministres, ses fonctionnaires, ses députés ?... »

Je vous prie, Monsieur, d'agréer l'expression de ma haute considération. C. DE J.

Les Champignons en temps de siège

M. le Dr Romary, médecin-major, publie dans le *Caducée* la curieuse note suivante :

Au lendemain de la guerre de 1870, un Français, dont j'ignore le nom, émettait une idée originale : il proposait de recourir à la culture intensive des champignons comestibles pour fournir à la garnison et à la population civile d'une place investie un nouvel élément de résistance sous la forme d'un complément de nourriture. Dans un court article tombé sous mes yeux il y a une vingtaine d'années — et que, malgré toutes mes recherches, je n'ai pu retrouver — l'auteur allait jusqu'à prétendre que, par l'utilisation convenable des fumiers et autres déchets organiques d'une place forte, on pourrait facilement produire assez de champignons pour alimenter en grande partie les assiégés.

Bien qu'il y ait là quelque exagération, l'idée paraît mériter d'être retenue. Un végétal qui pousse avec une rapidité proverbiale, auquel ses qualités nutritives ont valu le nom de viande végétale, susceptible de nombreux modes de préparation culinaire dont quelques-uns très simples et rapides, mérite bien l'attention.

A vrai dire, cet aliment n'est pas une sorte de manne du désert. La culture des diverses variétés de champignons de couche exige du temps, des soins et des conditions favorables. J'ai sous les yeux différents documents, en particulier l'intéressant rapport illustré du professeur Emile Perrot (classes 41-54 de l'Exposition franco-britannique, Londres 1908). Tous les documents consultés montrent bien que cette culture, essentiellement française, n'est pas sans aléas, mais souvent elle est très productive. Dans la région parisienne, le grand centre de production du champignon de couche, la récolte annuelle dépasse quatre millions de kilos et pourrait être accrue. Cette industrie est fort répandue dans certaines régions de la France. A côté de la culture industrielle (carrières) il faut mentionner la culture maraîchère, seule employée il y a moins d'un siècle, et les cultures d'amateurs dont les rendements, quoique inférieurs, ne sont pas négligeables. Dans le périmètre de nos places fortes, il ne manque pas de poudrières, tranchées, abris souterrains désaffectés, caves, etc., qui pourraient être utilisés pour cette culture.

L'idée de mon auteur parait mériter d'être reprise et étudiée. Elle se rattache directement à la question de l'alimentation en temps de guerre comme à celle de la destruction des déchets organiques dans les sièges. Elle appartient un peu à l'hygiène militaire. C'est à ce titre que je la rappelle ici. Peut-être, parmi les lecteurs du *Caducée*, médecins, officiers et autres hommes de bonne volonté, se trouvera-t-il quelqu'un pour la faire fructifier.


Pagéol

VARIÉTÉS

Le Jugement de Salomon
A L'ANTHROPOMÉTRIE

Des juges embarrassés, c'étaient ceux de la première chambre criminelle à Paris. Il y avait devant eux, nouveaux Salomons, deux mères qui réclamaient un même enfant.

Quelle était la véritable mère ?

Le roi Sage eût ordonné qu'on tranchât la fillette en deux, et le cri jailli des entrailles maternelles l'eût éclairé.

Les juges de la première chambre songèrent à aller chercher M. Bertillon.

M. Bertillon eut regardé les pouces des femmes et les pouces de l'enfant, et il eût dit sans hésiter :

« La véritable mère, la voilà ! »

Cette extraordinaire expérience fut rendue inutile par des papiers authentiques produits au dernier moment. C'est dommage : l'anthropométrie se fût enrichie d'une page sensationnelle de plus.

L'éminent créateur du service anthropométrique le confirme :

« — Oui, dit-il, j'aurais pu me prononcer. Tout le monde sait ce que c'est que l'air de famille ; les parents lèguent à leurs enfants leurs traits physiques, surtout la forme du nez, celle des oreilles et des dents. Dès lors, en quoi est-il étonnant que cette ressemblance s'étende aux empreintes digitales ?

« Cette dernière relation existe ; elle est tellement incontestable que, dans les rapports d'expertise que nous dressons chaque jour pour identifier des traces de malfaiteurs, nous intercalons invariablement un paragraphe excluant de nos conclusions le cas où la personne reconnue par nous aurait un frère. Nous savons, en effet, que ce frère pourrait présenter des empreintes digitales plus ou moins semblables. Ainsi, c'est un fait journalier : voici un dessin papillaire qui ne pourrait trouver son semblable dans des millions de dessins reproduisant les empreintes de gens de familles différentes ; rapprochez-le des empreintes d'un frère, d'une mère, d'un père (pourvu que celui-ci soit bien le père), et d'un seul coup vous aurez son semblable. Je parle de ressemblance, non pas absolument complète, mais en certaines parties. La conclusion s'impose : si en examinant les empreintes d'enfants contestés, on remarque en elles des dessins caractéristiques anormaux, peu fréquents, et si on retrouve ces formes dans les empreintes d'une des femmes qui réclament l'enfant en cause, on aura là un indice de filiation, une présomption ayant une valeur considérable et supérieure à toute espèce de témoignage. »

M. Bertillon a, du reste, eu déjà l'occasion de se servir de ce procédé, il y a une dizaine d'années. Deux mères se disputaient deux filles, alors âgées de douze à quatorze ans, et qui, par une erreur de l'Assistance publique, avaient été prises l'une pour l'autre au moment de leur envoi en nourrice. Il y eut une confrontation générale dans le cabinet d'un commissaire aux délégations judiciaires. Les deux femmes renouvelèrent leur demande qui était bien simple ; chacune d'elles se déclara la mère de celle des deux fillettes qui était jolie : aucune d'elles ne voulait de l'autre, qui était laide et qui boitait. Il prit les empreintes digitales des deux mères et des deux enfants, puis il prononça sa sentence, comme s'il avait été Salomon. A l'instant les deux femmes s'inclinèrent devant sa décision.

L'Assistance publique n'en poursuivit pas moins son enquête, et arriva à cette conclusion formelle qu'il ne s'était pas trompé.

Sauvons nos Jardins

On ne saurait trop applaudir au nom de l'hygiène à l'éloquent plaidoyer que M. Clément Vautel vient de publier dans *Le Matin* en faveur des jardins parisiens, à l'occasion de la vente prochaine du parc de la Muette.

« Une partie du beau parc de la Muette va être vendue : des immeubles s'y élèveront et ce sera encore de la verdure, de l'air, de la lumière que la pierre de taille enlèvera aux Parisiens.

« M. de Franqueville, propriétaire de la Muette, déclare que cette vente est le résultat de l'« absurde loi sur les terrains non bâtis »... Loi absurde, en effet, et qui a les plus déplorables conséquences pour l'hygiène des grandes villes.

« C'est il faut bien reconnaître qu'à Paris tout propriétaire d'espace libre, de jardin et à plus forte raison de parc est un bienfaiteur public... Offrir à la démocratie des paysages de Corot et de Diaz, c'est très bien, mais il est préférable de lui donner des arbres réels ; le véritable Mécène est celui qui conserve, au milieu des blocs de pierre de la ville moderne, un peu de nature, avec des feuilles, des fleurs, des oiseaux. Que me font tous les tableaux légués au Louvre par Chauchard ? Il eût mieux fait de consacrer son or à la création d'un beau parc...

« Mais voilà, un impôt stupide frappe les jardins parisiens. On peut, sans rien payer à l'État, garder pour soi seul des paysages peints ; mais pour un vrai paysage dont tout le monde jouirait, il faut verser une forte dîme au fisc... Est-ce démocratique ?

« J'estime, au contraire, que dans les grandes villes, tout propriétaire de jardin devrait non payer un impôt, mais recevoir une subvention officielle... Dans ce Paris envahi, conquis, ébouffé par le moellon, quiconque sauve un arbre sauve des existences humaines. »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Comment se soignaient nos pères. Remèdes d'autrefois. — Deuxième série, par le Dr Cabanès. In-18, 1913 (A. Maloine, éditeur). 5 fr.

Après le succès obtenu par deux éditions successives de la première série de cet ouvrage, les fervents de médecine historique, les amateurs de curiosité scientifique, attendaient impatiemment la suite prévue de *Remèdes d'autrefois*. Comment notre collaborateur est-il parvenu à rendre cette seconde série plus intéressante que la première, c'est ce que la simple énumération des titres de chapitres nous laisse déjà entrevoir. et ce que confirme une fois de plus l'attachante lecture de ces pages écrites sans autre prétention qu'une érudition rigoureusement documentée, s'alliant à un style plein d'humour et de finesse.

Nous voyons successivement passer sous nos yeux, comme dans un véritable diorama, une suite de tableaux pittoresques empruntés à toutes les époques. Ce sont d'abord les *Rois guérisseurs*, guérissant la scrofule par simple attouchement, puis la *musique dans les maladies* ; *les processions dansantes*, *la médecine vibratoire*, de l'abbé de Saint-Pierre aux mécano-thérapeutes actuels ; *la santé par le rire* ; *le mal d'amour et ses remèdes*, ignorés des traités de pathologie ; *la poudre de sympathie* (vitriol de cuivre), une des premières applications empiriques de l'antisepsie ; *les parfums, médicaments et poisons, les odeurs et leur influence sur l'organisme*, où la rigoureuse observation se mêle parfois à la légende ; l'action *curative des couleurs*, d'origine paradisiaque ; *la médecine dans les temples : le culte des pierres des arbres et des eaux : amulettes et talismans : les miracles de Jésus ; les saints médecins ; la médecine dans les ordres religieux.*

Le Dr Cabanès expose tous ces sujets, où se mêlent tant de questions controversées, sans se départir de la correcte impartialité qui caractérise les historiens et les critiques de bonne école, soucieux de leur renommée.

G. Meillière,
de l'Académie de médecine.

Régime de l'intellectuel. *De son alimentation, de la désintoxication de son organisme, du jeûne*, par Ernest Bosc. — H. Daragon, Paris.

L'intoxication, est l'origine de toutes les maladies qui affligent l'humanité. Or, la désintoxication secondée par le jeûne, tient l'homme en général et l'intellectuel en particulier, en bonne santé et lui permet de produire un travail long et soutenu...

Les origines de la trépanation décompressive, trépanation néolithique, trépanation pré-colombienne, trépanation des Kabyles, trépanation traditionnelle. par le Dr Lucas-Championnière. — Paris, Steinheil.

Cet important et très documenté mémoire est des plus intéressants et contient une foule de documents. Il contient 33 figures.

ÉCHOS

Maladies du cœur et des vaisseaux.

M. le Dr. Vaquez, professeur agrégé à la Faculté médecin de l'Hôpital Saint-Antoine, recommencera ses leçons sur les Maladies du cœur et des vaisseaux, le mercredi 8 janvier, à 10 heures et demie du matin, à la polyclinique du pavillon Lorain et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Enseignement complémentaire. — MM. les Drs. Clerc, Ribierre, Laubry et Aubertin, médecins des Hôpitaux, commenceront le 11 Janvier, à la policlinique du Docteur Vaquez (Pavillon Lorain), un cours de Séméiologie des maladies du cœur et des vaisseaux, comprenant la technique des méthodes modernes d'exploration clinique et leurs applications pratiques à l'étude de ces maladies.

Ce cours, gratuit aura lieu tous les samedis, à 10 heures du matin. Il sera complet en douze leçons.

Cinématographe et folie.

Les entrepreneurs de cinématographe ne reculent devant rien

Dernièrement, l'un d'eux avait résolu de cinématographier des fous dans un asile, espérant pouvoir ainsi présenter au public un film sensationnel, et, à ce propos il avait entrepris des démarches en vue d'obtenir l'autorisation nécessaire.

En attendant que celle-ci lui soit ou non refusée, voici comment un maître en psychiatrie, M. le professeur Gilbert Ballet, a jugé cette conception de l'entrepreneur de spectacles :

« Un fou ?... Je ne sais pas ce qu'on appelle un fou... La folie ?... Je ne sais pas ce que c'est que la folie... Il y a des gens atteints de troubles mentaux, comme il y a des gens atteints de troubles hépatiques, gastriques...

« Le public se figure un fou comme ceci : un individu qui crie, gesticule, qui marche, la tête en bas et les pieds en l'air. C'est faux. C'est fou... C'est une exception de voir un malade du cerveau, crier, gesticuler, donner l'impression de quelqu'un d'anormal.

« L'opérateur aura donc d'abord beaucoup de peine à trouver des sujets qui, projetés sur un écran, apparaîtront différents de ceux qui nous coudoient journellement, que nous rencontrons dans la rue, dans les salons, au théâtre... Dans tous les cas, ils ne seront jamais différents de ceux que nous pouvons voir dans un hôpital.

« Maintenant, doit-on montrer au public, dans une représentation cinématographique, ce que vous appelez des fous ? Je ne le crois pas. Il faut montrer au public des choses agréables, des spectacles instructifs ou moralisateurs, un beau paysage, une leçon de choses, le développement d'une belle action. Mais il n'est ni sain, ni moral de lui montrer des spectacles effrayants ou pénibles, des cadavres, des mourants, des malades, des fous... des fous... je veux dire ce que vous appelez des fous, car pour moi, vous savez, je ne sais pas ce qu'on appelle un fou... »

Les otaries.

Depuis quelque temps, il n'y avait plus, au Jardin des Plantes, d'otaries. La dernière mourut de vieillesse ; l'autre, l'année précédente, était morte... d'un cancer à l'estomac !

C'était, pour les habitués du Muséum, un désastre !

Enfin, on est allé chercher des phoques comme les ressources budgétaires le permettaient. On est allé place d'Italie, où un forain ennuyé consentit à céder au Jardin des Plantes deux jeunes otaries qui, peut-être, feront souche — le cas n'étant pas sans précédent.

Les deux nouveaux pensionnaires de M. Perrier viennent d'être installés dans la pièce d'eau bien connue des Parisiens.

Ils avaient l'air fort heureux. Pensez donc ! On leur donne pour dix francs de poisson à manger par jour !

Les ordures ménagères de Paris.

La quantité d'ordures ménagères récoltée chaque jour est d'environ 3.000 mètres cubes. La production des ordures augmente, d'année en année, d'environ 1/50.

En 1906, les 20 arrondissements ont fourni 1 million 017.207 mètres cubes, le poids annuel était environ 570.084 tonnes, soit une moyenne de 1.562 tonnes par jour, ou 0 kil. 630 par jour et par habitant.

L'enlèvement des ordures ménagères a coûté à la Ville de Paris près de 3 millions, soit 2 fr. 89 par mètre cube, et 5 fr. 16 par tonne.

Elles s'élèvent aujourd'hui à près de 5 millions pour une année.

84e Année (Série XIIIe) — N° 180 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 8 Janvier 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphone : 578-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 8 Janvier 1913

A nos collaborateurs.

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la *Gazette Médicale de Paris*, sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs, mettra, désormais, à leur disposition un tirage à part à 50 exemplaires, de leurs articles inédits qu'elle aura publiés.

ÉCHOS

Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Grand officier. — M. le médecin-inspecteur général Delorme; MM. les médecins inspecteurs Schneider et Primet; M. le médecin général Ambiel.

Officier. — M. le Dr Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux; MM. Dziewonski, Cahier, Béchard, Lemoine, médecins inspecteurs; Boucher, Banr, Descosse, Lebastard, Videl, Davigneau, Clavel, médecins principaux; Aubert, Langier, médecins en chef; les docteurs Hermann, Baret, Bourgeois.

Chevalier. — MM. les docteurs Masson à Raon-l'Etape; Bédart, à Lille; Angarde, Daussat, Douzam, Lafenille, Lasconx, Legrand, Léon, Mennessier, Pinot, Poullain, Bojtel, Cristiani, Delabande, Terris, Donrne, Gallas, Portes, Qnesseveur, Rencurel, Vassel, Noc, Garcin, médecins-majors; Hermann, Baret, Bourgeois; Boy, Lasserre, Roux, Berand, Chanvin, Belille, Le Couiac, Hédié, Formond, médecins de première classe; Mocquart, à Paris; Ledenble, à Tours.

Nos amis.

Parmi les promotions au grade de commandeur de la Légion d'honneur, nous sommes heureux de rencontrer le nom de M. le médecin inspecteur Schneider.

La lutte contre l'alcoolisme en Afrique occidentale.

On sait que l'alcoolisme (dont les indigènes sont déjà les victimes) préoccupe également les autorités anglaises et françaises en Afrique occidentale. Une campagne vigoureuse a été poursuivie à ce propos en Angleterre depuis quelques années. Le gouverneur de la Côte-d'Ivoire, M. Angoulvant, vient de prendre une initiative qu'on ne saurait trop louer. Un arrêté rendu par lui interdit purement et simplement la vente de l'absinthe aux indigènes de la colonie. En voici le texte :

« Article premier. — Est formellement interdite, à compter du 1er avril 1913, la vente de l'absinthe aux indigènes.

Art. 2. — Il est également interdit, à dater du présent arrêté, de rémunérer en tout ou en partie, avec l'absinthe, les services des indigènes et d'une façon générale de leur en distribuer en cadeaux. »

Un Sourd célèbre

Par M. le docteur IRIBARNE
Professeur à l'Ecole de Psychologie

Ludwig von Beethoven naquit le 16 décembre 1770 à Bonn, près de Cologne, dans une misérable soupente d'une pauvre maison. Il était d'origine flamande. Son père était un ténor inintelligent et ivrogne. Son grand-père Ludwig, l'homme le plus remarquable de la famille, celui à qui Beethoven ressemblait le plus, était né à Anvers et ne s'établit que vers sa vingtième année à Bonn où il devint maître de chapelle du grand Electeur. Il ne faut pas oublier ce fait si l'on veut comprendre l'indépendance fougueuse de la nature de Beethoven et tant de traits de son caractère qui ne sont pas proprement allemands.

En novembre 1792, Beethoven vint se fixer à Vienne, métropole musicale de l'Empire. Dès 1798, malgré la tension des rapports entre l'Autriche et la France, il fréquente l'ambassade française et se lie d'amitié avec le général Bernadotte qui venait d'arriver à Vienne. Entre 1796 et 1800 la surdité commença ses ravages. On peut dire que l'œuvre entière de Beethoven est de Beethoven sourd.

On croit que le mal eut sa source dans une affection générale héréditaire (peut-être dans la phtisie de la mère). On diagnostiqua en 1796, un catarrhe des trompes d'Eustache qui se transforma vers 1799 en une otite moyenne aiguë. Mal soignée, elle passa à l'état d'otite catarrhale chronique, avec toutes ses conséquences. La surdité augmenta sans jamais devenir complète. Beethoven percevait les bruits profonds mieux que les sons élevés. Dans ses dernières années il se servait, dit-on, d'une baguette de bois, dont une extrémité était placée dans la boîte de son piano et l'autre entre ses dents. Il usait de ce moyen pour entendre quand il composait et souvent il composait dans le plus profond silence. Pendant les premières années, il ne parla à personne de son mal, même à ses plus chers amis ; il évitait le monde pour que son infirmité ne fût pas remarquée ; il gardait pour lui seul ce terrible secret. Mais en 1801 il ne peut plus se taire, il se confie avec désespoir à deux de ses amis : le docteur Wegeler et son camarade Amenda. La tristesse tragique de Beethoven s'exprime dans quelques œuvres de cette époque, dans la *Sonate Pathétique* et surtout dans le largo de la troisième Sonate pour piano. A ses souffrances physiques venaient se joindre des troubles d'un autre ordre. Beethoven fut dupe et victime de l'amour. Sans cesse il s'éprenait furieusement, sans cesse il rêvait de bonheurs aussitôt déçus et suivis de souffrances amères. C'est dans ces alternatives d'amour et de révolte orgueilleuse qu'il faut chercher la source la plus féconde des inspirations de Beethoven jusqu'à l'âge où la fougue de sa nature s'apaise dans une résignation mélancolique.

En 1801, l'objet de sa passion était Guilietta Guiciardi qu'il immortalisa par la dédicace de la fameuse sonate dite du « Clair de Lune ». Il dit lui devoir quelques moments heureux, mais son bonheur fut de courte durée, car en novembre 1803 elle épousa le comte Gallemberg.

A partir de 1816, la surdité était devenue complète et, depuis l'automne de 1815, il n'a plus de relations que par écrit avec le reste des hommes. Le plus ancien cahier de conversation est de 1816. On connaît le douloureux récit de Schinsler sur la représentation de *Fidelio* en 1822. « Beethoven demanda à diriger la représentation générale... Dès le ductto du premier acte, il fut évident qu'il n'entendait rien de ce qui se passait sur la scène. Il retardait considérablement le mouvement et, tandis que l'ochestre suivait son bâton, les chanteurs pressaient pour leur compte. Il s'ensuivit une confusion extraordinaire.

« Puis, de tous côtés, le silence. Beethoven inquiet, agité, n'y comprenait rien, interrogeait des yeux toutes les physionomies. Tout à coup il m'appela d'une façon impérieuse. Quand je fus près de lui il me présenta son carnet et me fit signe d'écrire. Je traçai ces mots : « Je vous supplie de ne pas continuer, je vous expliquerai à la maison pourquoi. »

« D'un bond il sauta dans le parterre, me criant : « Sortons vite ». Il courut d'un trait jusqu'à la maison ; il entra et se laissa tomber inerte sur un divan, se couvrant le visage avec ses deux mains. Il resta ainsi jusqu'à l'heure du repas. A table, il ne fut pas possible d'en tirer une parole ; il conservait l'impression de l'abattement et de la douleur la plus profonde. »

Il vécut sourd 25 ans, et ses tragédies intérieures se retrouvent dans la *Sonate avec marche funèbre, la Sonate Quasiana Fantasia*, la *Sonate dite du Clair de Lune*, la *Sonate en ut mineur* dédiée à l'Empereur Alexandre.

Cet aperçu sur le grand Beethoven permet de préciser l'influence de la surdité sur le caractère. Elle vise un homme de génie, un surhomme dont l'élévation de l'idée, la foi artistique, la volonté pouvaient jusqu'à un certain point, vaincre et discipliner la déformation et la déchéance pathologique.

Cette question a intéressé les spécialistes, et diverses opinions ont été émises sur la nature de l'affection auriculaire de Beethoven. Mais les documents probants font défaut : l'autopsie de Beethoven fut faite, mais le rapport ne donne pas de précisions. L'oreille fut, il est vrai, déposée au musée de Vienne, mais elle a disparu. On est donc obligé de s'en tenir à des hypothèses sur l'origine de la surdité de Beethoven. L'hypothèse la plus vraisemblable paraît être que Beethoven était, dès son jeune âge, atteint de végétations adénoïdes, qui ont entretenu presque constamment un catarrhe rhino-pharyngien ; les lésions sont devenues chroniques et, à 26 ans, la surdité débutait pour devenir complète à 30 ans.

Le masque de Beethoven présente cette particularité : le maxillaire supérieur est très peu développé comparativement au maxillaire inférieur et, d'après les documents recueillis sur l'état de ses voies respiratoires, on peut établir que les voies respiratoires supérieures et la gorge étaient l'objet de soins constants.

Et lorsqu'on feuillette ces documents on se rend compte des immenses progrès réalisés aujourd'hui par l'oto-rhino-laryngologie qui, à l'époque de Beethoven, n'existait pas. Les spécialistes de l'époque se préoccupaient de l'état général et prescrivaient l'hydrothérapie. Ils n'avaient pas de méthode d'examen ; de procédés d'exploration. Aujourd'hui le diagnostic de surdité peut être porté alors que des lésions sont curables et ce diagnostic précoce permet souvent d'enrayer la surdité ; et l'on peut se dire que peut-être Beethoven ne serait pas devenu sourd s'il avait vécu de nos jours.

La Lecture sur les lèvres

Sous ce titre : « Contribution aux origines de la lecture sur les lèvres appliquée à l'éducation des sourds-muets », notre confrère, le Dr J. Noir rapporte avoir trouvé dans un recueil d'anecdotes médicales publié en 1762 par Barbeau du Bourg, docteur, régent de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, une curieuse lettre adressée en date du 10 août 1663 à Bartholin par un médecin de Londres, Olaus Borrichins, lettre dans laquelle ce dernier rapporte qu'un jeune noble devenu sourd à l'âge de 5 ans, ne tarda pas à perdre l'usage de la parole et à devenir sourd-muet. Il fut guéri à 20 ans par le Dr Wallis qui, écrivant sur un papier les lettres et les syllabes qu'il voulait lui faire prononcer, les répétait lui-même et obligeait le jeune homme à reproduire les mouvements de la bouche qu'il faisait pour prononcer. Le jeune homme resta sourd mais ne fut plus muet.

La lecture sur les lèvres était d'ailleurs depuis longtemps utilisée car Rabelais cite « Messier Mella de Gabrielis qui, devenu sourd par accident, entendoit tout homme italien, parlant tout secrètement que ce fût, seulement à la vue de ses gestes et mouvements de ses boulèvres ».

Cependant, nous n'avons pas connaissance de tentative de l'application méthodique de la lecture sur les lèvres au traitement de la surdité-mutité antérieure à celle du Dr Wallis que nous venons de citer.

La Science et la Clientèle

Les plus éminents médecins ont connu la gêne pour s'être montrés plus férus de savoir que de savoir-faire. Tel fut, paraît-il, le cas du fameux chirurgien Pott. Un jour, ce dernier rencontra sur les bords de la Tamise un de ses anciens valets. L'homme était en superbe équipage ; souriant, il aborde son ancien maître qui, l'ayant complimenté, ne lui cacha pas sa surprise :

— Par quel hasard êtes-vous si rapidement parvenu à la fortune?

— Par un moyen très simple, répond l'autre, en pratiquant le métier dont vous m'avez vous-même montré l'exemple. La médecine me fournit des rentes de grand seigneur.

Et comme Pott, ahuri, se demandait par quel miracle une profession qui le nourrissait chichement, lui, le vieux savant universellement réputé, pouvait, en un tour de main enrichir son valet, ce dernier lui fournit d'un trait la clef du paradoxe.

— Voici, Maître, le pont de Londres et les quais de la Tamise, A combien estimez-vous le nombre de personnes actuellement sous nos yeux.

— Sept à huit mille peut-être?

— Combien, à votre avis, y a-t-il parmi ces huit mille sujets de personnes réellement intelligentes?

Le chirurgien, pensif, hésitait.

— Bien peu, dit-il, une centaine peut-être.

— Tout au plus, répondit son ironique partenaire. Eh bien, ces cent personnes font partie de votre clientèle. Les 7.900 imbéciles qui restent font partie de la mienne. Donc, nécessairement, mon cabinet est plus achalandé que le vôtre.

Les Principes du Traitement rééducateur

DANS LA

NEURASTHÉNIE ET LES NÉVROSES

Par M. le Docteur Paul-Emile LÉVY
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

I

J'ai depuis longtemps souligné tout l'intérêt qu'il y a à bien condenser tout le traitement des névroses, — de toutes les névroses, — dans une seule formule, une seule méthode, qui est l'*éducation* ou *rééducation* du malade nerveux (1). Cette conception, qui unifie de la façon la plus claire et la plus logique la thérapeutique de ces affections, n'a, pourrait-on dire, qu'un seul tort à son passif, c'est d'être trop simple, au moins dans ses principes et, peut-être aussi, de mettre à l'arrière-plan, ou d'éliminer d'autres méthodes plus ou moins voisines d'elle: psychothérapie pure, sous forme de persuasion ou de suggestion, ou, désormais, telles que l'ancien hypnotisme, tout à fait inutiles et surannées.

Ce qui peut cependant me donner lieu de croire qu'elle ne tardera pas à être de mieux en mieux comprise et adoptée, c'est qu'on voit aujourd'hui ce mot d'éducation, dans les méthodes mêmes auxquelles je viens de faire allusion, apparaître de plus en plus. Mais une méthode thérapeutique ne peut porter tous ses fruits et donner tous ses résultats que si on la dégage de tout mélange, qui ne peut qu'en affaiblir et en restreindre la portée. C'est pourquoi il importe de bien montrer encore combien il est nécessaire de placer franchement le traitement des affections nerveuses sur ce terrain de la thérapeutique éducatrice. Et, pour cela, il est bon de faire tout d'abord une courte besogne d'élimination préalable, de passer une revue critique succincte des théories jusqu'aujourd'hui émises sur ces affections et des médications fondées sur elles qu'on a prétendu leur opposer.

II

1° En premier lieu, on a voulu chercher dans un seul organe, une seule fonction, la cause de tous les troubles présentés par les malades nerveux. En ce qui concerne, par exemple, la plus répandue des névroses, la neurasthénie, il me suffira de rappeler la théorie de l'épuisement nerveux, celles des ptoses, de la dilatation de l'estomac, la théorie vaso-motrice, etc. Et, certes, les auteurs qui ont eu le mérite de mettre ces faits en lumière ont vu une part, et fort intéressante, de la vérité; mais ce n'en est qu'une part. Toutes ces conceptions restent trop limitées, et, en n'envisageant la maladie que dans une de ses manifestations, sous un de ses aspects, elles ne répondent nullement à la totalité des indications cliniques et thérapeutiques.

2° On s'est trompé, si je puis dire, par *excès scientifique*. On n'a plus prêté une attention suffisante à l'étude de l'*étiologie* proprement dite, aux causes, je dirai presque grossières et vraiment efficientes de la maladie, pour trop se porter vers celle de la *pathogénie*, c'est-à-dire vers l'analyse, parfois assez sujette à caution, des modifications fines et intimes de l'organisme. Ainsi en a-t-il été du rôle des glandes internes, rôle incontestable, mais que l'on a exagéré, et autour duquel on fait parfois évoluer, bien à tort, toute la pathologie des névroses. Ainsi encore on a attribué à des affections, telles que la neurasthénie, des causes toxiques.

Mais ces altérations des glandes internes, ces causes toxiques, dirons-nous, à quoi les attribuer à leur tour? N'y a-t-il pas, à ces causes mêmes, une cause première, à laquelle, il faut, avant tout, s'adresser? Et, s'il en est ainsi, cette cause ne doit-elle pas être recherchée dans le mode de vie, plus ou moins sainement orienté, du malade, qui aura amené, comme conséquence obligée, ces troubles de nutrition secondaires. Et ne voit-on pas déjà, par là, le rôle de premier plan, qui doit revenir à la thérapeutique éducatrice, laquelle aura précisément pour fonction de remédier à cette orientation mauvaise et remédiera aussi, du même coup, aux altérations organiques, qui n'en sont que la résultante plus ou moins éloignée?

3° On a méconnu trop longtemps et de la façon certes la plus singulière le rôle, pourtant évident et primordial de l'élément moral et celui de la psychothérapie qui en dérive et sur laquelle j'ai, pour ma part, depuis longtemps insisté (1), dans les affections nerveuses. Même, aujourd'hui, on voit encore certains auteurs contester cette utilisation nécessaire de la psychothérapie dans la neurasthénie, ou dans des phobies, telles que l'éreuthophobie, ou peur de la rougeur, qui en relèvent cependant, à coup sûr, de la manière la plus immédiate.

4° Inversement, enfin, et par un choc en retour qui ne saurait surprendre, on voit actuellement quelques psychothérapeutes exagérer, avec un exclusivisme tout aussi regrettable, du côté de la seule thérapeutique psychique, et ne vouloir considérer qu'elle dans le traitement des névroses. On connaît la formule que j'ai critiquée déjà: « Le nervosisme est un mal psychique, et à ce mal psychique, il faut un traitement psychique. » Conception d'une simplicité séduisante, mais non moins inexacte et périlleuse que celles qui faisaient, ou bien peu s'en faut, abstraction du point de vue moral. La médecine morale, ainsi comprise, est encore un exemple de ces médecines trop partielles, insuffisamment compréhensives, auxquelles je faisais allusion tout à l'heure, et qui conduisent forcément, dans bien des cas, à des mécomptes thérapeutiques.

III

Ces théories trop peu complètes écartées, deux principes essentiels doivent être, à mon sens, posés, qui dominent toute la conception des névroses, toute leur thérapeutique.

1° *Les névroses — toutes les névroses — sont des maladies totales, étendues à l'ensemble de l'organisme.*

2° *Les causes essentielles des névroses tiennent à un manque ou à une erreur d'éducation. L'éducation ou rééducation doit, par suite, constituer la pierre angulaire du traitement des affections nerveuses.*

1° Les névroses ne peuvent être catégorisées en maladies exclusivement morales, ou exclusivement physiques. Ce sont, en réalité, toujours des maladies *totales*, des maladies générales, des maladies de tout l'organisme.

De ceci, il me serait aisé de donner des preuves cliniques, des preuves fondées sur l'analyse des divers symptômes, des divers troubles, relevés chez les malades nerveux. Mais ce sont surtout les *causes* qui jugent les maladies et dont la connaissance permet de les attaquer d'une façon réellement utile et décisive. Or, si je m'en tiens à cette étude des causes, il en est deux, pour ne prendre que les plus essentielles, que je retrouve d'une manière pour ainsi dire constante, à l'origine de ces affections: névroses typiques, neurasthénie, phobies, obsessions, ou même manifestations hystériques, ou encore affections toutes proches des névroses, telles que les dyspepsies. Ces deux éléments associés *dits*, l'un moral, l'autre physique, sont, d'une part, les ennuis, les préoccupations, les impressions de toute nature, en un mot, l'*émotivité*; de l'autre, la fatigue, le surmenage, dont, pour les besoins de leur cause, les psychothérapeutes purs, qui ne veulent voir dans les névroses qu'une altération plus ou moins grande de la mentalité héréditaire ou du jugement, ont vraiment tenu trop peu compte.

Mais n'y eût-il que le premier de ces éléments, l'élément émotif, que je serais encore en droit de maintenir l'épithète de maladies *totales*, par laquelle je viens de caractériser les affections nerveuses. A bien analyser les choses, en effet, il n'est pas plus exact de voir uniquement dans les émotions, suivant la conception vulgaire des phénomènes moraux, qu'il ne peut l'être de les considérer, suivant la conception adverse et assez singulière de James et Lange, comme caractérisées par un ensemble de faits organiques, dont la perception par la conscience du sujet aboutirait à la production de l'état émotif. L'émotion est, en réalité, un fait, ou plutôt, un ensemble de faits *physico-moraux*, dont les deux constituantes sont, simultanément et au même titre: d'une part, le phénomène de conscience, que l'on appelle seul communément l'émotion, joie, tristesse, colère, etc., de l'autre un ensemble de modifications, de troubles irradiés à la totalité de l'organisme, troubles d'accélération ou de ralentissement du cœur, vaso-constriction ou vaso-dilatation, spasme ou hypotonie, hypo ou hypersécrétion de l'estomac ou de l'intestin (d'où constipation ou diarrhée émotive), etc. Il en résulte que *la maladie sera donc bien une et totale, à la fois morale et physique, comme est une la cause qui l'a créée.*

Cela est vrai, c'est là le point sur lequel je tiens à insister, de toutes les névroses. Certes, il ne faut nullement confondre les différentes espèces de ces affections; des manifestations hystériques, neurasthéniques, obsédantes, n'ont assurément pas le même aspect et ne sauraient avoir la même évolution. Mais ces diversités d'aspect et d'évolution ne doivent pas faire croire à des diversités de nature et, par suite, de traitement. Si les éléments constituants diffèrent ici et là dans leur arrangement et leur proportion, partout ces éléments demeurent les mêmes; partout aussi et surtout se retrouvent les mêmes causes à l'origine. Et c'est pourquoi toutes les névroses doivent ressortir, avec quelques modalités diverses dans l'application d'un traitement qui restera toujours, dans ses lignes maîtresses, absolument identique à lui-même.

2° Ce traitement, comment doit-il être compris et dirigé? Les considérations mêmes qui viennent d'être exposées, me paraissent, à vrai dire, l'établir de la façon la plus satisfaisante. Il ne peut pas résider, tout d'abord dans ces médications trop *partielles*, résultat elles-mêmes de théories trop limitées, qui n'attaquent la maladie que par un de ses côtés ou dans ses conséquences secondaires. Il ne peut pas résider non plus dans la pure psychothérapie, dans la seule thérapeutique

(1) P.-E. LÉVY, *Neurasthénie et Névroses, leur guérison définitive en cure libre.* 2e édit. (F. Alcan.)

(1) P.-E. LÉVY, *L'éducation rationnelle de la volonté et son emploi thérapeutique.* (F. Alcan.) 9e édition.

morale, parce que celle-ci ne vise qu'une partie des causes de la névrose.

Un traitement vrai, doit, en effet, atteindre l'ensemble de ces causes. Or, celles-ci peuvent se résumer d'un mot, à savoir dans l'*éducation insuffisante ou défectueuse* reçue par le malade nerveux. Une remarque s'impose cependant. Il convient de noter, en effet, que ce mot d'éducation doit être compris ici dans son sens le plus large, le plus extensif, que doit y être englobée, non seulement l'éducation volontairement donnée, mais au moins autant, et, sans doute, bien davantage, celle qui résulte pour le sujet de sa réaction consciente ou plus ou moins instinctive au milieu dans lequel il aura vécu, aux événements, petits ou grands, auxquels il aura été associé. Ce sont ces réactions défectueuses qui auront entraîné progressivement chez lui le surmenage, les émotions, pour m'en tenir à ces indications essentielles, dont la névrose n'est, en somme, que la conséquence, l'efflorescence ultime.

Aussi, apprendre au sujet à se discipliner lui-même, à régler sa dépense de forces, au point de vue physique, comme au point de vue moral sa dépense émotive, l'entraîner à s'adapter aux circonstances et aux êtres parmi lesquels il doit évoluer ; faire, en un mot, son éducation complète, *physique*, *morale*, *vitale* : tel est le principe qui gouverne et doit toujours inspirer tout le traitement des névroses. En se renseignant graduellement, dans des entretiens simples et familiers, sur les chocs, moraux ou physiques, subis par le malade, sur son mode d'existence habituelle, sur ses tendances, sur son caractère, le médecin arrivera progressivement à amener sur tous ces points les corrections nécessaires. Et l'amélioration de l'état morbide et des divers symptômes présentés par le malade nerveux s'ensuivra, parallèlement à l'éducation ainsi réalisée, sans qu'il soit, ou à peine, besoin de s'occuper de ceux-ci.

Les symptômes d'une névrose, en effet, si variés, si multiples dans leur aspect, ne doivent guère, à mon sens, être attaqués directement, et ils n'ont, à vrai dire, qu'une importance toute secondaire. C'est, avant tout, à leurs causes, toujours les mêmes, à leurs racines, qu'il faut s'adresser ; et, dans ces conditions, les symptômes, qui ne sont, si je puis dire, que les rameaux de l'arbre morbide, tomberont d'eux-mêmes, sans que d'autres risquent de réapparaître. Or, c'est ce que permettra précisément de réaliser le traitement d'éducation totale, dirigé suivant les principes que je me suis attaché à établir.

IV

Je me résumerai donc dans les conclusions suivantes :

1° Les névroses, sous quelque catégorie qu'elles se rangent, hystérie, neurasthénie, phobies, obsessions, etc., ne peuvent être cataloguées en maladies exclusivement morales, ou maladies exclusivement physiques. Ce sont, en réalité, toujours des maladies totales, étendues à l'ensemble de l'organisme. On doit les définir : *Des maladies générales, à localisation plus particulièrement nerveuse et plus encore psychique (ou plus exactement cérébro-psychique).*

2° Les médications dirigées contre ces affections restent trop souvent insuffisantes, parce qu'elles se contentent, d'après les théories mêmes sur lesquelles elles s'appuient (théorie de l'intoxication, des ptoses, des glandes internes, etc.) de les attaquer, non dans leurs causes primitives, mais dans des manifestations secondaires, ou encore, telles que la pure thérapeutique morale, parce qu'elles ne s'adressent qu'à une partie de ces causes.

3° Une thérapeutique vraiment utile de ces affections doit donc viser la totalité des causes de ces affections ; elle doit former le malade nerveux à se réglementer dans toute sa manière d'être, à la fois morale et physique, dans ses occupations, dans tout son mode de vivre, d'agir et de réagir. Tel est précisément l'objet du traitement rééducateur, qui constitue bien, par là même, le traitement réellement spécifique et *causal* des états nerveux.

4° Enfin, dernière conséquence importante, ce traitement rééducateur ne peut évidemment prendre tout son développement et toute sa portée, et donner tous ses résultats, que si cette éducation est directement pratiquée, expérimentée, par le sujet au contact de la vie elle-même. Ce simple raisonnement montre combien est passible d'objections et viciée dans son principe la doctrine, jusqu'aujourd'hui, cependant, bien à tort classique, de l'isolement, puisque celui-ci place précisément le malade dans des conditions toutes spéciales et artificielles, qui ne le préparent nullement à la vie réelle et agissante.

Certes, le dogme de l'isolement était trop solidement ancré pour que les idées nouvelles que j'ai émises à ce sujet ne dussent pas rencontrer des contradictions, qui n'ont en effet pas manqué. Cependant, la logique même, aussi bien que les faits cliniques que j'ai longuement observés, ne peuvent que m'amener à confirmer le principe et la méthode de la cure libre sur laquelle j'ai fréquemment insisté. C'est, en effet, en se plaçant dans ces conditions de *cure libre*, et grâce à l'entraînement pratique auquel il se trouvera ainsi tout naturellement soumis, que le malade se formera le plus complètement à développer sa résistance morale et à réagir de façon normale contre les causes diverses qui ont pu, ou pourraient encore, dans l'avenir, provoquer l'éclosion de troubles nerveux. Et par là même, il s'assurera, dans la plus large mesure possible, les plus sûres garanties d'une guérison vraiment solide et sincère, vraiment *définitive*, exempte de tout retour offensif ultérieur de la névrose.

Bassin et lordose lombaire

Par M. DE MARNEFFE

Médecin de Bataillon de 2e classe de l'Armée belge

A l'origine, l'animal, qui devait, plus tard, devenir humain, était quadrupède et l'axe de son bassin était approximativement horizontal ; le sacrum continuait, sans heurt, la ligne de la colonne vertébrale. Ce bassin, n'étant pas encore essentiellement un organe de sustentation, était formé d'une ceinture osseuse, dont les pubis n'étaient pas encore soudés entre eux.

Par son évolution, l'homme insensiblement dut se lever sur ses deux pattes de derrière, et finalement dut s'adapter à la position bipède postérieure. Cette adaptation ne se fit pas immédiatement : nous pouvons même ajouter qu'elle n'est pas parachevée, tant s'en faut. Dans la position bipède, le bassin doit supporter un grand poids : la tête, le tronc et les membres supérieurs. Il devient plus robuste, plus massif, plus rigide ; sa ceinture se soude et se symphyse complètement. L'adulte humain n'atteint, d'ailleurs, pas souvent l'*ossification* complète des symphyses du bassin.

Pour passer de la position quadrupède à la position bipède, l'animal doit relever et incliner en arrière le détroit supérieur du bassin pivotant sur la cotyloïde. L'étendue de ce mouvement dépendra de la mobilité du bassin, de la souplesse des articulations coxofémorales et sacro-lombaires, de l'élasticité et de l'adaptation des ligaments et des muscles. Si cette mobilité est insuffisante, l'animal doit y suppléer, soit en fléchissant sur les genoux, soit en créant ou en augmentant l'ensellure lombaire, soit en additionnant ces deux artifices. On peut constater toute la gamme descendante de cette mobilité depuis l'homme, la femme, le singe, les félins, jusqu'aux chiens, aux chevaux, aux bovidés.

Cette flexion des genoux, dans la station bipède constante, est musculaire active et très fatigante ; il est impossible de la maintenir comme position fondamentale (1). Par conséquent, les genoux doivent rester étendus. C'est donc l'articulation sacro-lombaire d'abord, ensuite les autres articulations vertébrales lombaires, qui doivent suppléer au manque de mobilité du bassin pour maintenir l'équilibre dans la station debout.

De là la formation progressive du « promontoire » du bassin, c'est-à-dire de l'angle saillant formé par le sacrum — coincé et immobilisé dans la ceinture pelvienne — et la 5e lombaire, basculant peu à peu en arrière.

Le promontoire tendra fatalement à disparaître au fur et à mesure que notre adaptation bipède se perfectionnera. C'est ce détroit supérieur, c'est ce promontoire, résultat logique de notre changement de station, qui a gratifié la malheureuse femme de l'accouchement peut-être le plus laborieux de toutes les femelles animales. Et instinctivement, aussi bien qu'obstétriquement, on rétablit relativement l'attitude quadrupède pour la moitié inférieure du corps, pendant l'accouchement, ce afin de faciliter proportionnellement l'expulsion du fœtus.

La femme, en s'adaptant à ses fonctions génératrices de grossesse et d'accouchement, a vu son train inférieur se développer autrement que chez l'homme ; conformation spéciale des cuisses, fémur à col chirurgical plus long et moins oblique, bassin plus massif, plus large, détroit supérieur conséquemment plus grand et plus évasé, etc. Par contre, ce bassin féminin ne pouvait pas subir impunément toute la mobilité, tous les mouvements, toute la gymnastique du bassin masculin. Aussi, est-il resté moins mobile, moins mobilisable, plus proche du type ancestral que ce dernier et c'est pourquoi, pensons-nous, la femme présente en général, une lordose lombaire plus accentuée que chez l'homme (2). Les derniers termes de la grossesse ne font, d'ailleurs, qu'aggraver cette lordose, par leurs effets dynamiques d'équilibre tout spécial à ce moment.

Je suis certain que tous les professeurs de

(1) C'est pourquoi les hauts talons artificiels, qui entraînent une flexion plus ou moins grande des genoux, exténuent nos femmes-poupées ; sans compter toutes les autres déformations et les effets néfastes qu'ils provoquent *sur tous les segments*.

(2) Nous passons sous silence l'ensellure lombaire qui est acquise et exagérée quelquefois atrocement chez beaucoup de virtuoses des sports acrobatiques et chez les praticiens de certaines professions spécialement déformantes.

mouvements ont constaté comme moi, combien il est plus difficile, en éducation physique, de corriger la lordose lombaire chez la femme — qui pourtant, possède une colonne vertébrale, en général très souple — parce que, chez elle, le bassin est moins mobile, les articulations du bassin avec les segments osseux contigus se laissent assouplir moins aisément, la laxité, l'élasticité et la docilité de ce surtout arthro-musculaire étant moins grandes.

Nous pourrions, au point de vue pratique, terminer en insistant une fois de plus sur toute la grande valeur de cette prescription de gymnastique qui conseille de tendre constamment à redresser la courbure lombaire et à en diminuer la lordose. Nous ne rappellerons pas toute l'action éminemment favorable de ce redressement sur l'attitude générale du corps, sur les fonctions abdominales, circulatoires, respiratoires de l'individu, mais nous tenons à souligner ici son influence considérable sur la statique et la dynamique du bassin et de ses fonctions, non seulement chez l'homme mais même et surtout chez la femme.

Les Symptômes prétendus pathognomoniques DES FIÈVRES ÉRUPTIVES

Par M. le Dr PERRIN

Il est dans la destinée de presque toutes les médications nouvelles de traverser une ère de triomphe, puis de subir les critiques et de connaître l'insuccès, pour enfin occuper une place équitable, ni meilleure ni pire que celles de leurs devancières.

On peut en dire autant de la plupart des symptômes nouveaux, décrits par des cliniciens à la sagacité et à l'esprit d'observation desquels il convient de rendre hommage. Un heureux hasard rend la recherche d'abord fructueuse opportunément, ce qui fait affirmer la constance et le caractère pathognomonique des symptômes. Et puis viennent les exceptions et les contradictions, d'où hésitations, doutes et critiques. Quelquefois l'oubli s'ensuit, mais le plus souvent il n'en résulte qu'une appréciation plus juste et dénuée de toute exagération.

Serait-il possible d'éviter semblables avatars ? Oui, certes, si les auteurs, et surtout les vulgarisateurs, savaient toujours se tenir en garde contre la tendance de l'esprit humain à généraliser, à affirmer avec absolutisme, à conclure définitivement sans attendre l'épreuve du temps. Cette tendance est sans doute bien naturelle, bien spontanée, puisque peu d'hommes y échappent ; et même qui de nous oserait affirmer qu'il y a toujours échappé ? S'il en est ainsi, les auteurs dont je vais m'occuper voudront bien ne voir rien de désobligeant dans mes critiques. Je rends hommage à leur effort et si, dans l'intérêt de la vérité scientifique, je fais mes réserves sur la valeur de certains symptômes, je ne prétends pas, on le verra, qu'ils n'en ont aucune.

C'est à plusieurs symptômes de fièvres éruptives, décrits comme pathognomoniques, que je veux enlever aujourd'hui une auréole trop brillante qu'ils ne me paraissent pas mériter.

I. — En 1898, M. P. Meyer, externe du service de M. le Professeur Roger, a décrit « un nouveau signe clinique de la *scarlatine* (1) », caractérisé par des *sensations spécioles dans les extrémités des membres* : exceptionnellement, parésie des extrémités ; ordinairement, engourdissement des deux mains, avec sensation d'épines et de fourmillements ; toujours au moins picotements dans les mains et quelquefois aussi dans les pieds. Ce signe apparaît pendant la période d'éruption et quelquefois avant. Il se manifeste surtout au moment des mouvements ou à l'occasion d'un refroidissement momentané (bain, lavage des mains). Il est très constant, mais passe souvent inaperçu en raison de l'âge des malades...

Il pourrait aider au diagnostic des formes frustes ou au diagnostic rétrospectif. Il manquerait dans les autres variétés d'angines et dans les autres éruptions.

Voilà, brièvement résumée, la description de M. Meyer.

Depuis quatorze ans que ce signe a été décrit il n'a pas encore pris place dans les descriptions *classiques*, mais néanmoins, il convient de s'y arrêter en raison des affirmations très précises de l'auteur.

Toute suggestion d'interrogatoire mise à part, il est certain (contrairement à ce qu'il a vu dans sa série de malades), que l'immense majorité des scarlatineux n'accuse pas de telles sensations dysesthésiques, et qu'un nombre important de malades atteints d'infections ou d'intoxications diverses, avec ou sans érythème, en ont au contraire. J'ai moi-même éprouvé ces sensations au cours d'une grippe de gravité moyenne et je les ai observées notamment (un peu après l'époque où cette description fut publiée) chez un malade atteint d'érythème mercuriel, par intoxication accidentelle.

Je viens de les appeler sensations *dysesthésiques*, car ce sont bien des dysesthésies. J'emploie ce nom et non pas celui de paresthésies, que les Allemands donnent aux sensations *subjectives* (spontanées) de ce genre, mais qui, en France, est employé de préférence pour désigner les modifications de la perception *objective*, autres que l'anesthésie ou l'hyperesthésie.

Le groupe des *dysesthésies* ou sensations subjectives anormales (ainsi désignées pour les distinguer des véritables douleurs), sont, en effet, les sensations d'engourdissement, de fourmillement, de picotements, d'inquiétudes locales, etc. (1), qui peuvent exister isolément ou en même temps que des troubles moteurs. On les rencontre dans de nombreuses affections organiques du système nerveux, soit à la période initiale, soit à la période d'état. Elles se voient notamment au début des névrites et polynévrites (2) ; et précisément l'auteur du prétendu nouveau signe pathognomonique de la scarlatine compare les sensations qu'il décrit avec les engourdissements et fourmillements qu'on observe dans les compressions des nerfs.

Or, les sensations, dans les cas de compression, sont identiques aux dysesthésies du début des polynévrites ou névrites multiples de cause interne. Il est donc logique de penser que la scarlatine peut parfois, comme toutes les infections, irriter les filets nerveux sans les attaquer au point d'aboutir aux lésions névritiques ou typiques (qu'elle provoque assez rarement d'ailleurs).

Toutes les infections et intoxications peuvent en faire autant et produire de ces sensations dysesthésiques identiques.

En définitive, le signe en question n'est donc pas constant, et il ne peut être utile pour le diagnostic, puisqu'il n'est pas spécial à la scarlatine.

II. — M. Pastia (de Bucarest) a attiré l'attention sur une *forme spéciale de l'éruption scarlatineuse au niveau de la région du pli du coude*(3).

Ce « signe du pli du coude » consiste dans un exanthème continu, linéaire, très intense, localisé au pli de flexion du coude, exanthème d'une teinte d'abord rosée, puis rouge foncé ou lie de vin, et le plus souvent d'une teinte tout à fait ecchymotique. Cette éruption linéaire peut être unique, mais le plus souvent il y a deux, trois ou quatre traînées, selon le nombre de plis que la peau forme au coude. Entre les traînées linéaires décrites par M. Pastia, on observe une éruption exanthématique moins intense, semblable à celle qui existe sur le reste de la peau.

Ce signe est d'habitude précoce ; il apparaît au début de la période d'éruption, dure jusqu'à la fin de cette période, persistant quelque temps après celle-ci, sous la forme d'une pigmentation linéaire assez intense à ce niveau.

L'auteur de cette description considère ce signe comme assez constant pour avoir une valeur diagnostique. Il l'a trouvé d'abord dans 94 cas de scarlatine sur 100, puis dans 29 sur 30 ; et ne l'a jamais rencontré dans la rougeole, ni dans les éruptions toxi-médicamenteuses.

Cette description est certainement exacte en ce sens que les éruptions sont d'autant plus marquées que la constitution anatomique de la peau s'y prête davantage, et il n'y a rien d'étonnant à ce que l'éruption scarlatineuse soit ordinairement très accentuée au pli du coude (1). Je dis « ordinairement », mais non toujours, car dans les cas d'éruptions discrètes, ce signe fait très souvent défaut. Mais sa réalité étant admise, je dois dire que je ne le crois pas spécial à la scarlatine.

M. Marbé a observé des raies érythémateuses intenses du pli du coude chez les rougeoleux. J'en ai vu également de très nettes dans cinq ou six cas de rougeole depuis que j'y prends garde ; j'ai vu le signe du pli du coude plus que typique dans deux cas d'érythème scarlatiniforme l'un iodique, l'autre de cause indéterminée chez des adultes ; je l'ai vu aussi dans un cas de lichen aigu chez un adolescent et dans un cas d'érythème mercuriel chez le malade auquel j'ai déjà fait allusion plus haut. Je dois ajouter que chez certains fébricitants (pneumoniques, angineux, grippés, typhoïdiques, etc.), à peau congestionnée, on pourrait croire, d'après la coloration des plis du coude, que le signe décrit par Pastia va apparaître... ; et cette amorce s'atténue pour disparaître avec la fièvre, sans qu'aucune éruption scarlatineuse ou scarlatiniforme ait apparu.

En résumé, le signe du pli du coude est un symptôme intéressant, mais qui fait défaut précisément dans les cas légers, les plus difficiles à diagnostiquer ; c'est de plus un symptôme commun à la généralité des érythèmes et d'autant plus typique que l'érythème simule davantage la scarlatine. Cela revient à dire qu'il ne peut rendre de services dans les cas où l'on aurait le plus besoin d'éléments de diagnostic précis et sûrs.

III. — « C'est, dit Filatow (2), une erreur de croire que la *scarlatine* épargne la *face* ; au contraire, dans la plupart des cas, la peau se modifie d'une façon très particulière, de sorte qu'il est possible de reconnaître facilement la maladie d'après le facies du malade sans le dévêtir ou l'interroger. Cette particularité caractéristique consiste dans le *contraste si tranché entre la pâleur des lèvres et du menton d'une part, et la rougeur intense des joues d'autre part...* : les joues apparaissent d'un rouge diffus simulant la rougeur fébrile, tandis que le menton et la lèvre supérieure restent de la coloration normale et paraissent même plus pâles que d'habitude. »

(1) P. Meyer. — *Presse médicale*, 5 mars 1898.

(1) Déjerine. — Séméiologie du système nerveux. *Traité de pathologie générale de Bouchard*, 1re édition, tome V, p. 906.

(2) Voir les Cliniques de Raymond ; la thèse de Mme Dejerine-Klumpke, 1899 ; *Des polynévrites*, par M. Perrin (Thèse de Nancy, 1901).

(3) *Archives de médecine des enfants*, t. XIV, n° 2, février 1911, p. 130.

(1) Cette région fragile peut même présenter l'éruption d'une façon précoce sous l'influence de la stase produite par une ligature du bras par une bande de Bier, pendant 10 à 15 minutes (Cutanréaction de Rumpel-Leede).

(2) Cité par M. Fromont, *Clinique infantile*, 1911.

M. Fromont a commenté ce signe en affirmant sa spécificité : il le considère comme assez constant et assez spécial à la scarlatine, pour qu'on puisse en faire un élément de diagnostic différentiel entre la scarlatine et les maladies qui peuvent la simuler.

Je ne crois pas que M. Fromont ait raison de généraliser la description de Filatow et je crois même que celui-ci exagère la valeur de ce symptôme. Que ce signe fasse soupçonner la scarlatine en milieu épidémique et quand les anamnestiques plaident dans le même sens, j'en conviens ; et je rends hommage au pédiatre éminent qui attire l'attention sur cet état de la face. Mais je me trouve obligé de me séparer de lui à la fois sur l'importance du symptôme et sur sa signification.

J'estime, en effet, que l'on s'exposerait à des erreurs graves si on considérait l'état de la face comme une atteinte de cette région par la scarlatine et surtout comme une éruption scarlatineuse. D'abord, ce signe est en général bien antérieur à l'éruption et contemporain du début de l'angine, de la période de fièvre maxima. Cette date, comme son aspect, autorisent à considérer comme *rougeur fébrile* intense, une congestion cutanée de la face avec légère tuméfaction. Quand il en est ainsi, les lèvres et le menton sont pâles, parce que leur structure se prête mal à ce phénomène ; la pâleur peut même s'accentuer en raison d'une certaine *tension* de la peau et peut-être de troubles vasomoteurs particuliers. Il est facile d'ailleurs à un individu dont la face est quelque peu rosée, de provoquer la pâleur des lèvres et du menton par quelques contractions musculaires dans cette région.

Et puis, le contraste marqué entre la pâleur des lèvres et du menton d'une part et la rougeur intense des joues, d'autre part, est loin d'être spécial à la scarlatine. Je dirai que depuis six mois environ que j'ai lu la description de Filatow, j'ai trouvé ce signe *très net* dans trois cas de pneumonie, dans deux cas d'influenza, dans deux cas de rougeole, dans un cas d'angine simple, dans un cas d'embarras gastrique fébrile. Par contre, je l'ai vu manquer chez trois scarlatineux, mais ici je me trouve en contact avec l'opinion de Filatow, puisqu'il n'applique pas sa description à tous les cas, mais seulement à *la plupart*.

En somme, ce symptôme est loin d'être pathognomonique.

IV. — Plus solidement établi, croit-on généralement, serait *le signe de Koplik*, caractérisé par l'existence à la face interne des joues et des lèvres, de petits points blancs bleuâtres, saillants, entourés ordinairement d'une auréole rougeâtre, et qui apparaissent d'habitude dans les trois jours qui précèdent l'éruption de la *rougeole*. Je n'insisterai pas sur cette description, déjà classique et souvent répétée (1) ; je rappelerai seulement qu'on insiste ordinairement sur la distinction qu'il faut faire entre ces points et les taches plus grandes des stomatites.

Ce signe a été souvent indiqué comme pathognomonique, au point que sa présence permettait d'affirmer la rougeole ; mais ses partisans les plus déterminés reconnaissent qu'on peut ne pas le trouver, sans doute, disent-ils, parce qu'il est alors fugace ou très réduit ; par conséquent, son absence ne permet pas d'écarter le diagnostic de rougeole.

J'ai pu tout récemment suivre presque heure par heure quatre cas de rougeole chez des enfants dont trois ne l'ont certainement présenté à aucun moment ; le quatrième malade, une fillette de 3 ans, l'a présentée beaucoup moins nettement qu'elle ne l'avait eu deux mois auparavant, au cours d'une grippe caractérisée par une température élevée, du catarrhe oculo-nasal et bronchique, un peu de stomatite et de pharyngite, un léger embarras gastrique. Je l'ai également trouvé *nettement* dans un cas d'embarras gastrique fébrile, dans un cas de stomatite pultacée, dans un cas d'angine simple.

A la clinique de M. le Professeur Haushalter, on note le signe de Koplik quand on le rencontre, mais on n'y attache qu'une minime importance.

M. le médecin-major de 1re classe Le Mitouard a eu l'obligeance, dont je le remercie vivement, de me communiquer une statistique qu'il a faite depuis quelques mois et dont la valeur repose à la fois sur ses qualités d'observation que je ne saurais passer sous silence ici, et sur la patience avec laquelle il a recherché systématiquement le signe de Koplik. Il a vu exactement cent cas de rougeole chez des soldats ; le signe de Koplik existait nettement dans sept cas et paraissait exister dans quatre autres.

Le même observateur a suivi neuf cas de la « quatrième maladie » de Duke Filatow et a observé dans un cas le signe de Koplik très net, absolument typique, tout à fait classique. Il s'agissait d'un soldat ayant eu précédemment la rougeole.

M. le Professeur Weill, de Lyon, et son élève Gardère, ont publié récemment (1) trois cas d'oreillons avec signe de Koplik. Et à ce propos, ils rappellent les cas de Kameron, de Ker et Monasse, de Fruman, qui ont vu le Koplik chez des enfants sans éruption de rougeole, de Muir qui l'a vu dans la diphtérie ; de Chelazzi, qui l'a constaté dans un cas de coqueluche et dans un cas d'amygdalite aigue à staphylocoque. M. Weill rapporte dans son traité un cas de Koplik au cours de la varicelle. Muller, cité par lui, l'a observé six fois dans la rubéole, chez des enfants ayant eu antérieurement la rougeole ; Widowitz l'a vu dix fois dans la rubéole, sur 125 malades ; et aussi dans l'angine folliculaire et le catarrhe des voies respiratoires... Mes observations personnelles sont donc en bonne compagnie !

Il ne me paraît plus possible, après l'énoncé de toutes ces constatations venues d'observateurs si divers et non prévenus, d'affirmer que le signe de Koplik, même très typique, n'appartient pas à d'autres affections que la rougeole.

En définitive, il est peut-être plus fréquent dans la rougeole qu'ailleurs, mais il existe *dans un nombre considérable d'états morbides*. On ne saurait donc plus le considérer comme pathognomonique.

La signification à lui attribuer doit être modifiée. Ce n'est point une éruption spéciale, c'est simplement *une manifestation de stomatite*, un dépôt épithélial punctiforme qui ne diffère pas essentiellement des dépôts pultacés ordinaires. Et précisément le lien commun entre tous les cas précités est qu'il s'agit d'états morbides qui tous s'accompagnent de quelque degré de stomatite.

***

En résumé, tous les symptômes que je viens de discuter sont intéressants et parfois utiles, mais aucun d'eux ne mérite l'épithète de pathognomonique, pas même le signe de Koplik (2).

(1) Voir par exemple : Maurice BRELET. — Le signe de Koplik, son importance pour le diagnostic précoce de la rougeole. *Gazette médicale de Nantes*, 8 mai 1909.

(1) WEILL et GARDÈRE. — *Lyon médical*, mai 1912.

(2) Soc. de méd. de Nancy.

NOS COLLABORATEURS

Nos colonnes sont ouvertes à tous et nous publions les articles et notes pratiques d'un caractère original et pouvant intéresser les praticiens que nous envoient nos lecteurs, abonnés ou non.

Nous cherchons ainsi à recueillir des faits cliniques observés tant en France qu'à l'étranger et qu'il importe souvent de mettre en lumière.

REVUE CLINIQUE

Contribution à l'étude du diagnostic de la fièvre typhoïde d'après la réaction de fixation du complément

Par M. le Docteur E. SOREL
Médecin des hôpitaux de Toulouse

Le diagnostic de la fièvre typhoïde par les seuls procédés cliniques est souvent fort difficile, parfois même impossible ; les cas débutant par une angine, une pneumonie n'éveillent guère chez le médecin l'idée d'infection éberthienne, il en est de même des formes légères et des formes ataxiques à délire précoce simulant la méningite ou la manie aiguë. Les lois de Wunderlich sont sujettes à de nombreuses exceptions ; la syphilis maligne, la méningite cérébro-spinale, la tuberculose aiguë, l'endocardite infectieuse ont bien des points communs avec la dothiénentérie ; le diagnostic clinique entre les paratyphoïdes et la fièvre typhoïde ne repose sur aucun symptôme précis ; dans tous ces cas et dans bien d'autres aussi qu'il est inutile d'énumérer, le laboratoire aide le clinicien à poser un diagnostic ferme.

Les procédés techniques ont été perfectionnés en ces dernières années : chacun sait que l'hémoculture pratiquée sur bouillon ou sur bile, dans les conditions fixées par Schottmuller, Courmont, Busquet, Widal et Sacquépée et Perquis, Conradi, permet de déceler le bacille typhique dans la plupart des cas de fièvre typhoïde et facilite ainsi le diagnostic clinique. Le bacille d'Eberth a été systématiquement recherché dans la rate ; la ponction de cet organe est dangereuse, nul médecin n'y recourt aujourd'hui. La recherche du microbe dans les selles est possible et donne des résultats dans la plupart des cas ; la technique en est encore assez compliquée. Il est de toute évidence que la découverte du bacille dans le sang ou dans les selles est un élément décisif de diagnostic et sert utilement à la prophylaxie de la fièvre typhoïde par la découverte des porteurs de germes. Dans quelques cas, le bacille typhique ne peut être décelé et le médecin a alors à sa disposition le séro-diagnostic dont la technique facile jouit d'une faveur bien méritée. La valeur du séro-diagnostic de Widal est indéniable, mais il est des circonstances où la réaction agglutinante se produit tardivement, vers la fin de la maladie ; elle peut même faire défaut ; par conséquent, « un séro-diagnostic négatif ne doit aucunement faire écarter l'idée d'infection typhique » Dopter (1).

Je ne veux certes pas essayer de démontrer que ces procédés de laboratoire sont insuffisants ; tous les jours mis en œuvre dans nos hôpitaux, ils sont les adjuvants de la clinique, ainsi que l'a écrit Dieulafoy ; « Par eux est, une fois de plus, démontrée dans sa clarté éblouissante cette spécificité de la fièvre typhoïde, œuvre de l'école française, héritage de nos grands maîtres, Bretonneau et Trousseau. »

Le diagnostic de l'infection éberthienne a été encore déterminé par la déviation ou fixation du complément. Après les premiers travaux de Bordet, c'est à Widal et Le Sourd que revient le mérite d'avoir établi par cette méthode un corollaire du séro-diagnostic de Widal basé sur l'agglutination. Je me propose de consacrer ce travail à l'étude sommaire du principe biologique de la fixation du complément, déterminer la technique qui me paraît le mieux concilier les exigences de la science et les contingences de la pratique médicale, faire connaître les résultats que j'ai personnellement obtenus, préciser enfin dans une critique générale les avantages et les inconvénients de la méthode.

L'étude de la déviation du complément est devenue une nécessité dans tout laboratoire d'hôpital depuis l'adaptation qu'en a fait Wasser-

(1) Dopter, *Précis de Pathologie interne*, 1912

mann au diagnostic de la syphilis ; le principe domine toute la pathologie, comme le démontrent les applications qui en ont été faites au diagnostic des maladies les plus diverses : typhoïde, méningite cérébro-spinale, dysenterie, infection pesteuse, coqueluche, tuberculose, échinococcose, diphtérie, lèpre, sporotrichose, mycosis fongoïde, etc..., et même rhumatisme articulaire aigu, ainsi que vient de le faire connaître Rosenthal à la Société de thérapeutique (26 octobre 1912).

C'est au mois de juin 1901 que MM. Widal et Le Sourd ont publié à la Société médicale des Hôpitaux leurs premiers travaux sur l'existence de la sensibilisatrice dans le sérum des typhiques ; ainsi que le rappelaient ces auteurs, les recherches de Bordet ont montré que les propriétés bactéricides ou cytolitiques d'un sérum spécifique étaient dues à l'action combinée de deux substances, l'alexine ou substance destructive, présente dans le sérum normal, pouvant être anéantie à la température de 56°, et la sensibilisatrice, seule substance spécifique, développée dans le sérum des vaccinés, résistant à la température de 56° et agissant en prédisposant le microbe ou la cellule à absorber l'alexine. Pour démontrer l'existence d'une sensibilisatrice dans un sérum antimicrobien, M. Bordet a utilisé la propriété qu'a cette substance de faire absorber l'alexine par le microbe qu'elle impressionne. Si on mélange, par exemple, un sérum normal non chauffé à une émulsion de bacilles typhiques à l'isotonie et à du sérum de cobayes vaccinés, préalablement chauffé à 56°, les bacilles ainsi sensibilisés absorbent l'alexine ou complément. Si à ce mélange on ajoute une certaine quantité de globules rouges sensibilisés par un sérum spécifique chauffé à 56°, l'hémolyse ne se produit pas, puisque l'alexine du sérum non chauffé, qui aurait pu l'occasionner, a été absorbée dans le premier mélange par les bacilles typhiques. Si, au contraire, ce premier mélange avait été confectionné avec un sérum non typhique et, par conséquent, ne contenant pas de sensibilisatrice spécifique, l'alexine n'aurait pas été fixée par les bacilles non sensibilisés et, laissée libre, elle serait venue hémolyser les globules rouges ajoutés.

MM. Bordet et Gengou constatèrent les premiers que le mélange confectionné avec le sérum de deux convalescents de fièvre typhoïde avait pu empêcher l'hémolyse. MM. Widal et Le Sourd reconnurent le même fait dans le sang de dix typhiques en voie d'infection.

Tels sont les principes biologiques fondamentaux qu'il m'a paru utile de rappeler dans la première partie de cet exposé. Les découvertes de Bordet et Gengou n'ont rien perdu ni de leur intérêt, ni de leur actualité après plus de dix ans d'épreuve, il n'appartient à personne de les contredire.

Widal et Le Sourd en ont étendu l'application à la clinique, constatant également la spécificité de la réaction avec le bacille mort.

Ces auteurs ont d'abord préconisé une technique relativement simple qui était la suivante : l'expérience devait porter sur deux tubes à essai renfermant, l'un, dix gouttes d'émulsion de bacilles typhiques, dix-huit gouttes de sérum de typhique chauffé, quatre gouttes de complément, quatre gouttes de globules sensibilisés par sérum hémolytique ; le second tube contenait les mêmes éléments en proportions semblables, le sérum typhique étant ici remplacé par du sérum normal chauffé ; dans le premier tube il ne devait pas y avoir hémolyse ; dans le second, elle devait être totale.

Actuellement, on dispose l'expérience suivant le dispositif que l'on trouvera décrit dans les récents précis (1) de recherches de laboratoire et qui est celui habituellement employé pour la recherche de la déviation du complément dans la syphilis ou méthode de Wassermann.

(1) Armand Delille, *Technique du diagnostic par la méthode de déviation du complément.*

Bien des auteurs la recommandent, tout en ne niant pas sa complexité et sa durée ; ne sont-ce pas là, cependant, de graves objections que le médecin est en droit de faire à une méthode qui, pour avoir une réelle valeur pratique, doit joindre la précision à la rapidité ? La méthode de Wassermann modifiée et simplifiée par Bauer et Hecht indique, semble-t-il, une orientation nouvelle pour toute recherche de déviation du complément, aussi bien dans la fièvre typhoïde que dans la syphilis ; seuls l'antigène et le sérum suspects varieront.

On sait que Bauer a proposé le premier d'utiliser l'hémolysine normale du sérum humain pour les hématies de mouton, mais comme cette hémolysine n'existe dans le sérum humain qu'en faible quantité, il faut n'employer qu'une quantité minime d'hématies ; le sérum humain devra être employé frais afin d'utiliser son pouvoir alexique, il faudra s'assurer que le sérum par lui-même n'est pas empêchant, d'où la nécessité de faire un témoin sérum seul. L'antigène sera employé dans les mêmes proportions que pour la méthode de Wassermann, le mélange sera ramené à un volume égal dans les trois tubes par adjonction d'eau physiologique. Bauer et Hecht recommandaient primitivement un séjour d'une heure à l'étuve à 38° ; un quart d'heure ou vingt minutes paraissent actuellement suffire.

Telle est dans sa simplicité la méthode suivie pour la recherche de la fixation du complément ; elle concorde dans la plupart des cas avec le procédé de Wassermann, et, suivant Armand Delille, « on a vu parfois un Hecht positif confirmer « la clinique, alors que la méthode classique était « négative ; dans ces cas, les anticorps spéci- « fiques, étant en faible quantité, avaient été « détruits par le chauffage ».

Tels sont les principes généraux se rapportant à la réaction de Widal et Le Sourd. Quels sont les faits personnels que je puis apporter à cette étude ?

Divers sérums de malades chez lesquels était porté le diagnostic probable de fièvre typhoïde ont été, en ces derniers temps, soumis par moi à la double épreuve du séro-diagnostic et de la réaction de fixation ; j'ai utilisé soit la méthode classique de Wassermann, soit le procédé de Hecht.

L'antigène était une émulsion dans de l'eau physiologique d'une culture fraîche de bacille typhique sur gélose dont j'ai préalablement titré le pouvoir absorbant ; tout antigène, s'il se trouve en forte proportion par rapport à la quantité d'alexine, est capable, par lui seul et sans adjonction d'anticorps, d'en absorber une quantité plus ou moins considérable ; tout antigène, employé à forte dose, dévie à lui seul le complément. Ainsi que le dit si clairement Armand Delille, il faut que l'alexine soit fixée sur l'antigène au moyen de l'anticorps, à des doses où l'antigène à lui seul n'en fixerait aucune quantité appréciable. Ce titrage n'a pas à être répété, surtout si les bacilles sont tués et gardent, par suite, un pouvoir absorbant constant ; dans mes expériences, j'ai usé de bacilles vivants et l'émulsion a été employée à des doses variant de 1/10 à 3/10 de centimètre cube.

Le dispositif a été facilité par celui des recherches journalières faites au laboratoire pour le diagnostic de la syphilis, les hématies étaient fraîches ; un récent travail de MM. Armand Delille et Lannoy indique la conservation par le formol des hématies sensibilisées, ce qui constituera à l'avenir une simplification de technique très appréciable.

Le procédé primitif de Widal et Le Sourd n'a pas été employé, ses auteurs l'ont sûrement abandonné eux-mêmes ; j'ai suivi successivement la méthode de Wassermann ou celle de Bauer et Hecht. Les résultats ont constamment confirmé ceux fournis par la réaction agglutinante ; l'hémolyse était nulle dans les tubes où l'antigène typhique fixait en présence du sérum éberthien, soit l'alexine de cobaye, soit le complément normalement contenu dans ce sérum.

Malgré le nombre peu élevé de mes recherches personnelles, je me crois autorisé à formuler en quelques lignes les avantages et les inconvénients de la méthode : le séro-diagnostic de Widal est en général préférable à la réaction de fixation, pour établir un diagnostic rapide de fièvre typhoïde ; il est des cas pourtant où cette réaction trouvera peut-être son utilité ; ce sont ceux où, ainsi que le pensent Widal et Le Sourd, la réaction agglutinante est retardée, apparaît vers la fin de la maladie et même fait défaut, ce qui est tout à fait exceptionnel. Il se peut que la réaction agglutinante et la réaction de fixation soient dissociées dans les premiers jours de l'infection, que l'une précède l'autre et que la réaction de fixation, prenant l'avance, vienne éclairer le diagnostic.

J'estime que les simplifications apportées par Bauer et Hecht à la méthode de Wassermann faciliteront désormais le diagnostic de nombreuses maladies infectieuses et en particulier celui de la fièvre typhoïde. Enfin, tout laboratoire possédant aujourd'hui des tubes de sérum hémolytique, des globules de mouton, des échantillons d'antigène et le matériel nécessaire à une réaction de fixation, le clinicien pourra, dans la plupart des cas, contrôler, en l'espace d'une heure sans difficulté sérieuse, l'épreuve du séro-diagnostic par la recherche de la sensibilisatrice dans le sang des typhiques. Les deux méthodes ne s'excluent pas, elles se complètent (1).

REVUE DE CHIRURGIE

La Tuberculose primitive du Pancréas

Par M. le Docteur VAUTRIN

On sait que fréquemment le pancréas devient tuberculeux au cours d'une tuberculose des autres organes. La tuberculose primitive, celle qui éclot d'emblée dans cette glande est plus rare et les exemples avérés en sont encore exceptionnels. Klippel, Lefas, Paul Carnot (thèse de Paris, 1897-1898) et plus récemment Gilbert et Weil, Salomon et Halbronn, Klippel et Chabrol, ont élucidé cliniquement et expérimentalement cette obscure question.

J'ai opéré en 1910, une femme de 28 ans, originaire des Vosges, d'un état général assez satisfaisant, malgré son aspect lymphatique et les stigmates de suppuration ganglionnaire qu'elle portait au cou. Aucune manifestation pulmonaire. Cette malade, qui avait reçu autrefois un choc violent sur l'hypocondre gauche, présentait une tumeur assez douloureuse de la région sous-épigastrique gauche, située à gauche de l'ombilic, sans rapport avec la rate et le rein, profonde et non mobile. La tumeur augmentait de volume et devenait douloureuse depuis quelque temps. Je la rattachai au pancréas et sur sa nature, mon diagnostic hésitait un peu. L'insuffisance pancréatique n'était pas appréciable.

La laparotomie me conduisit à travers l'épiploon gastro-côlique et l'arrière-cavité des épiploons sur la queue du pancréas, que j'exposai entre une couronne de compresses. La tumeur comprenait trois noyaux séparés, dont l'un plus important, du volume d'une très grosse noix, les deux autres, presque juxtaposés, avaient le volume d'amandes. Au-dessous du pancréas, dans la région para-vertébrale gauche, on sentait des ganglions durs, au nombre de 4 ou 5, ce qui signifiait déjà qu'il s'agissait de lésion tuberculeuse. Ces tumeurs étaient serties dans le parenchyme glandulaire, d'où je les énucléai successivement, non sans faire de temps en temps une échappée dans la glande elle-même, tant l'adhésion semblait intime. Un petit morceau de tissu pancréatique fut enlevé avec la grosse tumeur. L'énucléation terminée, le suintement

(1) Soc. de médec. de Toulouse.

sanguin fut vite arrêté par une compression un peu sontenue, puis les feuillets séreux furent réunis autour d'un drain traversant la paroi abdominale. Suites bonnes. Le drain est supprimé le deuxième jour.

Quelques mois après cette opération, une fistule apparut sur la cicatrice et une suppuration s'installa. La malade vint me la faire constater et je reconnus que la fistule conduisait le stylet, non dans la direction du pancréas resté indemne, mais vers une des masses ganglionnaires paravertébrales. C'était bien là la signature de la tuberculose ; ce fait venait confirmer, d'ailleurs, les résultats de l'examen histologique qui avait été affirmatif dans ce sens. Depuis quelques mois, la fistule est tarie et la malade semble guérie, bien que l'on perçoive encore sur le côté gauche de la colonne lombaire un certain empâtement.

C'est là un exemple de tuberculose primitive du pancréas, propagée aux ganglions voisins. Comme les noyaux tuberculeux étaient inclus dans la queue du pancréas, en un point où il n'existe aucun ganglion, on doit penser que le bacille a colonisé en plein parenchyme, amené là soit par le courant sanguin (voie hématique), soit par les canaux d'excrétion du pancréas (voie ascendante intestinale), et que transporté dans les espaces intralobulaires, il y a proliféré et a édifié plusieurs tuberculomes, dont l'un était déjà en voie de caséification.

Au niveau de la tête du pancréas, où les ganglions sont pressés les uns contre les autres, il serait facile d'expliquer par leur inclusion dans la tête de la glande, la production d'un noyau de céphalo-pancréatique tuberculeuse. Sur la queue de l'organe, il faut admettre l'édification progressive de la tuméfaction, à la façon d'une gomme. Il semble qu'on puisse expliquer la production de ces formations bacillaires dans le réseau lymphatique lui-même, qui semble être surtout intéressé dans mon observation, en supposant qu'elles ont eu leur point de départ dans les nodules lymphatiques que l'on a décrits dans les espaces interlobulaires, nodules qui représentent les points d'union et de convergence des lymphatiques parenchymateux. Ces nodules, irrités par le bacille, pourraient sous son influence morbide, édifier sur leur substratum rudimentaire un tissu lymphoïde adultéré, analogue morphologiquement au tissu ganglionnaire et voué aux mêmes dégénérescences.

Que cette hypothèse soit vraie ou fausse, je n'en sais rien. On peut prétendre qu'elle est vraisemblable. Il est en tout cas démontré que la tuberculose primitive peut se présenter dans la queue du pancréas sous la forme caséeuse, et qu'il existe réellement une tuberculose indépendante de celle qui atteint les ganglions voisins de l'organe. Existe-t-il dans cette tuberculose caséeuse une propagation du processus dans le reste de la glande, sous forme scléreuse ou infiltrée? Je ne puis répondre autrement qu'en affirmant qu'au moment de l'opération, le parenchyme m'a semblé plus dur, plus hypertrophié qu'à l'état normal. Depuis deux ans, aucune manifestation morbide nouvelle n'est apparue sur le pancréas lui-même.

Expérimentalement, on a démontré que la forme scléreuse, diffuse et hypertrophique de la tuberculose du pancréas relevait de toxi-infection par voie sanguine, tandis que la forme caséeuse découlait d'une infection par voie lympbatique (Carnot, Salomon et Halbronn, Klippel et Chabrol). Mon observation, où les voies lymphatiques sont manifestement en cause, confirme les déductions de l'expérimentation (1).

Nos articles. — *Nous rappelons que la reproduction de nos articles est absolument autorisée.*

(1) Soc. de médec. de Nancy.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

La méthode de Zeller pour les cancers

Un médecin wurtembergeois du nom de Zeller vient de publier dans le *Münchener Medizinische Wochenschrift*, accompagné d'une introduction de Czerny, un travail sur la méthode qu'il préconise pour le traitement du cancer, méthode qui lui a donné un nombre important de brillants résultats, des résultats tels que Czerny n'hésita point à s'intéresser au nouveau traitement.

Zeller, qui fut médecin à Stuttgard, ne chercha à traiter les cancers par voie interne que lorsque les malades refusaient toute intervention chirurgicale.

Pris de pitié pour ces malheureux, il a cherché dans les traités anciens si des médecins compétents n'avaient pas déjà essayé certains médicaments avec quelque succès: et voilà qu'il trouve que Batty avait employé l'acide silicique à raison de plusieurs grains (0,06 gr.) par jour. Alors en 1895, Zeller donne aussi l'acide silicique mais sans le moindre espoir de succès à une femme porteuse d'une tumeur bosselée irrégulière du cou et voilà qu'en 6 semaines la tumeur a disparu. De 1895 à 1905, il traite ainsi 9 tumeurs de la peau ou du sein, avec guérison, sauf pour un cas.

Encouragé, mais sans illusions sur la valeur scientifique de son expérience, le jeune confrère quitte la clientèle pour se consacrer à l'étude scientifique du cancer, et il est des premiers à entrer en 1906 dans l'Institut nouveau d'Heidelberg sous la direction de Czerny. Tout en s'initiant à toutes les techniques de laboratoires, il est autorisé à essayer ses composés de silicium sur les souris cancéreuses et sur les malades. Il reconnaît que sur la souris la méthode n'avait aucun effet et, chez les malades, il se produisait bien un arrêt ou un recul de la tumeur, mais aucune guérison. Il n'en retint qu'une chose, et Czerny le reconnut avec lui, c'est que les composés de silicium ont une action inhibitive, mais non radicale, sur les cancers.

Tombé gravement malade en 1908, Zeller est obligé d'interrompre ses études et est forcé de se retirer à la campagne. Là, il reprend ses cures, mais voyant la cachexie emporter ses malades fortement atteints, il a recours en outre à l'ancienne pâte mercuro-arsénicale de Dupuytren en application externe. Et en 2 années il parvient à obtenir la guérison de 41 cas variés, toujours de forme externe ou accessible au moins, mais parmi lesquels il y a toutefois 3 cancers du sein, reconnus au microscope. Deux cancers du sein ont succombé de pleuro-pneumonie ou de faiblesse cardiaque, il est vrai.

L'exposé de Zeller est aussi modeste, aussi objectif, aussi scientifique qu'on peut le désirer ; il fait lui-même toutes les restrictions que la critique sévère peut suggérer.

Voici maintenant en substance l'introduction donc Czerny fait précéder l'exposé de Zeller.

Une quarantaine de malades nous ont été présentés, dit-il ; les deux tiers d'entre eux présentaient des cicatrices lisses d'apparence saine, et au moins provisoirement faut-il considérer ces malades comme guéris. Un tiers de cas étaient à différents stades de la cure. Les préparations microscopiques de 17 cas nous furent soumises.

Dans la grande majorité des cas, il s'agit de cancers superficiels de la peau. Quelques cas de l'oreille, de la mâchoire, de la lèvre, du sein et du vagin donnaient l'image de cancers profondément infiltrants et avaient subi de notables pertes de substances. Quelques cas avaient déjà été opérés plusieurs fois par d'habiles chirurgiens. Les formes malignes dépendant de muqueuses, œsophage, estomac, intestin, ainsi que les sarcomes n'étaient point représentés dans la collection. Quoi qu'il en soit, tout cela est très remarquable et engage à l'imitation, dit Czerny. Dans la combinaison des deux moyens, l'acide salicique et la pâte arsenicale, la part du lion, ajoute Czerny, me semble due à la pâte, parce que je n'ai pas vu de très évidents effets de l'usage interne de l'acide silicique. Toutefois, je dois reconnaître que, faute de place, nous n'avons pas donné assez longtemps cet acide pour avoir des résultats suffisants. Et il termine en disant : Provisoirement, l'enlèvement de la lésion primaire reste la partie principale du traitement, que cet enlèvement se passe par le couteau du chirurgien ou par des moyens physiques ou chimiques.

REVUE DE PATHOLOGIE

Rôle des Graisses en Physiologie et en Thérapeutique

Jusqu'ici, les graisses étaient considérées comme remplissant dans l'organisme des fonctions analogues à celles des hydrates de carbone (féculents), que leur utilisation ait lieu après transformation en glycogène ou par combustion directe.

De récentes expériences entreprises par M. F. Maignon, professeur de physiologie et de thérapeutique générale à l'école vétérinaire de Lyon, sur des chiens sains et sur une chienne atteinte d'un diabète spontané des plus graves ont conduit cet auteur à conclure à la non-transformation des graisses en glycogène dans l'organisme et à en déduire un traitement du diabète par le régime gras.

Dans ce régime les hydrates de carbone de la ration alimentaire sont remplacés en totalité ou en partie par des corps gras administrés en nature ou mieux sous forme d'huile émulsionnée et partiellement saponifiée afin de se rapprocher des conditions physiologiques de l'assimilation des graisses.

On administre en même temps du bicarbonate de soude pour combattre l'hypéracidité urinaire et empêcher l'acétonurie. Ce traitement a amené chez l'homme dans des cas de diabète maigre très graves avec dénutrition intense, acétonurie et forte glycosurie la disparition rapide du sucre avec relèvement des forces et de l'état général.

Les effets particulièrement rapides obtenus par l'administration de corps gras à faibles doses, dans le cas de dénutrition, ont conduit l'auteur à se demander si ces dernières substances au lieu d'agir par suralimentation ne modifieraient pas la nutrition d'une manière qualitative en intervenant dans l'utilisation de l'albumine alimentaire. Dans les diabètes graves avec hypérazoturie, l'azote urinaire tombe rapidement à la normale en même temps que l'amaigrissement s'arrête.

Des expériences entreprises sur des chiens et sur des rats blancs ont donné des résultats tout à fait nouveaux et inattendus.

Les animaux nourris exclusivement avec de l'albumine pure (albumine d'œuf) moururent au bout d'un temps plus ou moins court dans un état d'amaigrissement extrême. On donnait cependant en même temps des sels minéraux et de l'eau pure pour éviter la déminéralisation de l'organisme.

Par contre les sujets nourris avec un mélange d'albumine d'œuf et de graisse conservèrent un bon état général et maintinrent la fixité de leur poids pendant 3 et 4 mois.

Les matières albuminoïdes pures sont donc inutilisables par l'organisme sans le concours des graisses.

Les hydrates de carbone (sucres, féculents) peuvent-ils remplacer les graisses dans ce rôle d'utilisation de l'albumine alimentaire ? L'expérimentation a répondu par la négative. Les animaux nourris avec un mélange d'albumine d'œuf et d'amidon moururent dans un état

d'amaigrissement extrême, vivant jusqu'à épuisement de leurs graisses de réserve.

Les graisses au lien de se confondre avec les hydrates de carbone au point de vue de leurs propriétés physiologiques jouent un rôle capital dans la nutrition, rôle qu'elles ne partagent avec aucun autre substance alimentaire : elles président à l'utilisation des matières azotées.

Ces résultats tout à fait nouveaux permettent de comprendre les effets de l'huile de foie de morue et des corps gras médicamenteux en général dans les maladies cachectisantes accompagnées d'amaigrissement et de dénutrition. L'huile de foie de morue agit uniquement comme un aliment gras et modifie la nutrition en améliorant l'utilisation de l'albumine.

Cette conception donne une importance nouvelle aux corps gras médicamenteux dont les indications thérapeutiques se trouvent ainsi *considérablement élargies.*

REVUE D'UROLOGIE

Une prostate géante

Par M. le Docteur LAVENANT

J'ai l'honneur de vous présenter une prostate que j'ai enlevée par la voie sus-pubienne et qui présente un volume extraordinaire : son poids est en effet de 448 grammes, en négligeant les petits lobules qui ont été égarés et n'ont pas été pesés.

Voici rapidement l'histoire du malade :

M. D..., âgé de 64 ans, vient me consulter la dernière semaine de septembre 1912 pour difficultés et douleurs de la miction.

Depuis trois ans environ, il a constaté des fréquences nocturnes et diurnes qui se sont accentuées. Le malade urine habituellement 5 à 6 fois par nuit et le jour toutes les heures et demie environ. Il y a un an, il eut une crise douloureuse qui dura presque un mois et pendant laquelle les envies d'uriner furent très fréquentes (tous les quarts d'heure), les urines purulentes et d'odeur infecte ; enfin, une rétention complète succéda. Soumis au cathétérisme assez régulier et aux lavages vésicaux, les phénomènes s'amendèrent, les urines devinrent moins troubles et la miction spontanée reparut. Une nouvelle crise de rétention absolue se manifesta il y a trois mois, mais si les phénomènes de rétention cédèrent rapidement au cathétérisme, les urines restèrent troubles et les envies extrêmement fréquentes.

Le malade se sondait de temps en temps pour se soulager. C'est à ce moment que je l'examinai.

Après l'avoir fait uriner, on constatait cependant une tumeur hypogastrique arrondie, molle, que l'on déplaçait dans les différents sens, nettement fluctuante. Par le toucher rectal, on sentait une prostate arrondie et grosse comme une orange, régulière, de consistance égale en tous ses points, et ferme.

Le cathétérisme urétral, facile avec un n° 21 béquille, indiquait une traversée prostatique de cinq centimètres, et ramenait une quantité d'urine résiduelle de 150 c. environ, urines troubles et d'odeur infecte.

La tumeur hypogastrique disparaît à ce moment et l'on ne constate plus rien à l'examen de l'abdomen.

L'état général du malade est bon, je conseille alors une prostatectomie qui sera faite après examen des urines et épreuve du bleu.

Je ne revis le malade qu'un mois après et l'examen ayant été satisfaisant (élimination d'urée normale, 13 gr. 6 au litre), le bleu passant à peu près normalement, je l'opérai le 31 octobre 1912.

Je ne pensais certes pas trouver un adénome prostatique de ce volume et je fus fort surpris de n'avoir pu évaluer sa grosseur au moment de l'examen.

Aidé du Dr Zislin (chloroformisateur Dr Chenot), je fis une incision hypogastrique un peu haute à trois travers de doigt au-dessus du pubis, la vessie ayant été préalablement remplie d'air. Incision cutanée de 4 centimètres, donc assez petite. Très rapidement, je sépare les deux muscles droits et j'arrive sur la vessie que j'amarre par deux catguts. Incision vésicale correspondant à la plaie. Je trouve alors un bas-fond vésical surélevé et ayant l'aspect typique d'un cul de bouteille avec un orifice médian sans aucune autre déformation. Dans la rigole circulaire formée par cette élévation, je trouve cinq ou six calculs mous, phosphatiques que j'enlève, et un autre calcul gros comme un pois, noirâtre, mûriforme et très dur. J'attaque alors la prostate en commençant au niveau de l'orifice uréthral et aidé par mon index gauche dans le rectum, je décortique en moins d'une minute cette énorme tumeur ; mais sa grosseur m'empêche de la libérer de l'urèthre au niveau du bec et, après des tentatives réitérées, je me vois forcé alors de la diviser. Mettant mon doigt dans l'orifice uréthral, je la fais alors éclater en trois lobes que vous pouvez voir ici. De cette façon, je la libérai complètement. Une autre difficulté m'attendait : sortir ces lobes par une petite incision ; je dus les faire basculer, et, faisant sortir la petite extrémité de chacun, je pus ainsi, en les saisissant avec une pince, amener les trois lobes au dehors. J'enlevai ensuite quelques petits lobules et fis un massage de la cavité.

L'hémorragie, qui avait été assez abondante pendant le décollement, s'est arrêtée presque de suite.

Je fis alors un lavage à l'eau chaude et je mis dans la cavité prostatique énorme quatre longues mèches de gaze munies d'un fil de soie que je fis sortir par le drain.

Drainage avec le drain de Marion-Freyer de petit calibre. Un point de suture au catgut sur la vessie pour bien fixer le drain ; deux crins sur la peau et pansement.

J'enlevai deux jours après le drain et son ajutage sans que le malade ait été mouillé. Pendant ces quarante-huit heures, on avait fait de l'irrigation toutes les deux heures (deux litres d'eau bouillie, goutte à goutte). Le malade s'est levé dès que son drain a été enlevé et un pansement à l'ouate de bois absorbe l'urine qui coule par sa plaie.

En excellent état, il se lève, se promène comme s'il n'avait pas de plaie hypogastrique.

Selon ma technique habituelle, je lui mettrai une sonde le 9e jour et j'espère bien que vers la 3e semaine il sera parti de la maison de santé.

Cette prostate est sinon la plus grosse, du moins une des plus grosses qui ont été enlevées. Pasquereau, de Nantes, en a présenté une au Congrès d'Urologie de 1910, du poids de 450 gr. Je n'en connais pas d'autre qui dépasse ou atteigne ce poids.

Les prostates au-dessus de 250 grammes sont déjà rares. Cathelin, en a rapporté un cas de 245 gr. J'en ai opéré une de 280 grammes. M. Legueu un cas de 310 grammes. Freyer de 404 grammes. On voit donc qu'il s'agit bien là de tumeurs géantes, puisque la prostate normale pèse environ 20 grammes.

Il est à remarquer que cette énorme tumeur était assez bien supportée et que la rétention incomplète qu'elle provoquait était assez minime.

J'ai été frappé, et d'autres avant moi, de la facilité avec laquelle on pouvait décortiquer ces grosses prostates. J'ai enlevé des prostates de 92 gr., 103 gr., 180, 185, 280 et 448 grammes, bien plus facilement que des prostates de 30 à 40 grammes. Il ne semble pas non plus que le volume ait un effet quelconque au point de vue des suites opératoires. Il y a à tenir compte beaucoup plus de l'état des reins du malade que de la grosseur de la tumeur, la rétention ou le degré d'infection de la vessie. Je n'ai jamais fait dans ce dernier cas d'opération en deux temps, les lavages continus m'ayant suffi pour nettoyer la vessie et empêcher l'infection (1).

REVUE DE PÉDIATRIE

Fonctionnement de l'Institut de puériculture à l'Hospice des Enfants Assistés pendant l'année 1911-1912

M. le Dr Variot, directeur de l'Institut de puériculture fondé par la ville de Paris et le département de la Seine, a fait connaître récemment les résultats de la première année du fonctionnement de l'Institut.

L'enseignement donné a une double orientation ; il s'adresse d'une part aux médecins et aux étudiants français et étrangers : c'est la section technique ; d'autre part il s'adresse aux institutrices, aux dames du monde, aux jeunes filles, etc., c'est la section publique ou de vulgarisation.

Les cours, les conférences et les exercices pratiques sont absolument distincts pour chacune des sections.

Les étudiants et les médecins sont admis dans les services de l'hospice pour y recevoir l'instruction technique et pour procéder à des recherches scientifiques sous la direction des assistants et des chefs de laboratoire ; des travaux importants ont déjà été effectués et publiés.

Le cours de puériculture du Dr Variot est librement ouvert le jeudi matin à toutes les personnes qui veulent apprendre l'art d'élever les enfants du premier âge. Une *goutte de lait* avec consultation de nourrissons a été organisée.

Plus de 8.000 litres de lait ont été distribués.

Les exercices pratiques qui complètent le cours de puériculture ont lieu :

1° A la consultation de la goutte de lait à laquelle les dames et les jeunes filles peuvent assister ;

2° A la biberonnerie où l'on apprend à connaître les instruments pour la stérilisation du lait ;

3° A la crèche de l'Institut où l'on pratique le contrôle de l'allaitement par la balance (2).

REVUE DE LABORATOIRE

L'Examen des Selles

En ces derniers temps de nombreux auteurs ont insisté sur l'importance des indications pratique que le clinicien peut retirer de l'examen des selles.

Voici, d'après M. le docteur Chabanon (de Lyon), qui s'en explique dans un article du *Concours médical*, quelques indications utiles pour la pratique de cet examen. Celui-ci peut être réalisé sans précautions préalables, ou après un repas d'épreuve, on encore après l'institution d'un régime d'épreuve.

Les examens de selles doivent être macroscopiques, microscopiques et chimiques.

Examen macroscopique. — Nous passerons rapidement sur la quantité des matières (normalement elle est de 130 à 150 grammes par jour), sur leur *odeur* qui n'a pas grande valeur séméiologique, sur leur *forme* et leur *consistance* ; rappelons que celle-là dépend en partie de celle-ci, en partie du calibre de l'intestin et que la consistance, à son tour, est liée jusqu'à un certain point à la durée de la traversée digestive.

La *couleur* des selles est importante à considé-

(1) Soc. de médec. de Paris.

(2) On sait que cet institut de puériculture vient d'être supprimé en vertu d'un arrêt rendu par le Conseil d'Etat, sur une requête présentée par le Directeur de l'Assistance publique.

rer. Chacun connaît la couleur grisâtre, mastic, des matières dans les cas d'obstacle à l'écoulement de la bile. Bien qu'elle soit alors en partie attribuable à la mauvaise élaboration des graisses, on évitera néanmoins de la confondre avec celle de la stéarrhée proprement dite, sur laquelle nous reviendrons. Il faut aussi avoir toujours présent à l'esprit que le régime lacté décolore les matières ou plutôt les colore en jaune clair. La teinte mastic des selles est un signe important d'obstruction du cholédoque. Toutefois on l'a signalée dans d'autres affections (tuberculose intestinale, néphrite chronique, chlorose). Il faut savoir aussi que la bile peut être présente dans les selles, mais dépourvue de pigments (acholie pigmentaire de Hanot, ainsi qu'il arrive dans certaines affections graves du foie et à la phase terminale de l'ictère catarrhal. Le signe de la décoloration des matières n'a donc toute sa valeur que s'il est associé aux autres signes de la rétention biliaire (ictère, présence de la bile dans l'urine, etc.).

Nous passerons rapidement la question des selles sanglantes, devant nous arrêter plus loin sur les autres colorations anormales que peuvent présenter les selles ; la couleur noire peut être due à la présence du sang modifié ou à l'ingestion de bismuth ; la couleur rouge indique la présence du sang récemment extravasé ; la couleur verte peut être due à la présence de bile en excès ou à l'ingestion de calomel ; elle est surtout le fait de certaines diarrhées infantiles.

Il convient ensuite de rechercher dans les selles les *résidus* provenant de l'alimentation : aliments incomplètement digérés ou non digestibles. La présence de ces derniers : fragments de tendons, pépins, enveloppes de fruits, etc., est sans valeur séméiologique. Plus importante est la constatation des substances alimentaires incomplètement élaborées. Parmi elles nous citerons d'abord la *graisse*. Quand elle est en abondance (stéarrhée) et mélangée aux matières, elle leur donne une coloration blanchâtre. Si les selles sont liquides, la graisse surnage, à la manière de l'huile sur l'eau ; si elles sont pâteuses, la matière grasse s'y incorpore sous forme de boulettes. On tend à rattacher la stéarrhée au défaut ou à l'insuffisance de l'élaboration des graisses par le suc pancréatique. Mais la question est loin d'être complètement élucidée et il sera prudent, en pratique, de n'attacher d'importance séméiologique qu'à une stéarrhée abondante, accompagnée, comme autre signe d'insuffisance pancréatique, du défaut de digestion des albumines.

Celle-ci pourra se révéler par la présence dans les selles de *débris de viande*. Il est d'ailleurs rare que ceux-ci soient reconnus sans l'aide du microscope.

On peut enfin trouver dans les selles des *éléments anormaux*, c'est-à-dire qui ne proviennent pas de l'alimentation.

Le *sang* est le plus important d'entre eux. Il est des cas où sa présence est évidente ; nous ne nous y arrêterons pas, ne pouvant faire ici toute l'histoire, même sommaire, des hémorragies intestinales et des gastrorragies suivies de mélœna dont la valeur séméiologique est d'ailleurs bien connue. Nous insisterons plus spécialement sur les cas où la présence du sang ne se révèle pas à la simple inspection, parce qu'il est trop peu abondant ou trop modifié. Ce sont les *hémorragies occultes* qui ont été bien étudiées dans ces dernières années. Le procédé le meilleur pour les mettre en évidence est la *réaction de Weber* : on prélève un fragment au centre de la masse fécale, on le triture avec de l'acide acétique glacial ; puis on ajoute quelques centimètres cubes d'éther et on mêle assez lentement de manière à éviter de faire une émulsion. L'éther dissout l'hématine et surnage. On décante et au liquide ainsi obtenu on ajoute de la teinture de gaïac ; celle-ci devant être fraîche, le plus simple est de la préparer extemporanément en dissolvant un peu de résine de gaïac en poudre par de l'alcool à 90°. Enfin, on ajoute quelques gouttes d'eau oxygénée. La réaction est positive si l'on obtient une teinte bleu pouvant d'ailleurs varier du bleu foncé au bleu tirant sur le vert. Mais une teinte vert pâle indique une réaction douteuse. La réaction, devra d'ailleurs être répétée plusieurs fois, car les hémorragies occultes sont souvent intermittentes.

Les causes d'erreur auxquelles il faut penser sont : les règles, les lésions anales, les épistaxis postérieures, les petites hémorragies gingivales. Il est préférable de supprimer pendant quarante-huit heures toute alimentation carnée. Enfin il ne faut pas chercher la réaction après un cathétérisme œsophagien, qui peut produire des érosions suivies de petites hémorragies.

La réaction de Weber rend de grands services dans le diagnostic du cancer de l'estomac où les hémorragies occultes sont presque constantes et où leur absence prolongée doit faire sérieusement mettre en doute un tel diagnostic. Dans l'ulcus, les hémorragies occultes sont également fréquentes, mais souvent intermittentes d'où la nécessité d'examens répétés. Elles sont aussi communément provoquées par les parasites intestinaux Guiart, Cade et Garin), et se voient enfin dans la tuberculose intestinale.

Le *mucus* est un autre élément important parmi ceux qu'on rencontre anormalement dans les selles. Il provient ordinairement du gros intestin, beaucoup plus rarement de l'intestin grêle. Il se présente sous des formes très variées ; parfois liquide, filant, ou bien formant des glaires (crachats intestinaux de Lasègue), souvent concrété en flocons, en boules et surtout en fausses membranes. Celles-ci sont blanchâtres, rappelant l'aspect de certaines pâtes alimentaires ou celui des tænias ; certains malades rejettent de véritables moules du tube intestinal. L'expulsion par l'anus du mucus, plus ou moins concrété, fait partie du syndrome de l'entérocolite muco-membraneuse ; mais il se voit fréquemment en dehors de ce dernier, notamment chez beaucoup de constipés. On peut aussi observer certaines colites avec évacuation de mucus non concrété, sans fausses membranes (A. Mathieu). On a décrit également, chez certains névropathes, une entéromyxorrhée (Cheinisse), ou hypersécrétion et évacuation de mucus, sans phénomènes douloureux, par conséquent distincte de l'entérite muco-membraneuse.

Les *calculs biliaires* pouvent se rencontrer dans les selles et il va de soi que leur constatation a une grande valeur diagnostique.

La présence du *pus* fera penser à l'ouverture dans l'intestin d'une collection suppurée.

Signalons enfin le sable intestinal, les corps étrangers, les lambeaux de muqueuse (dysenterie), les anneaux d'intestin (invagination), et enfin les parasites sur lesquels nous ne pouvons nous arrêter.

Examen microscopique. — Il est à la portée de tout praticien, car la technique en est simple ; il suffira le plus souvent de prélever un fragment fécal très petit et de l'écraser entre lame et lamelle. Le microscope permet d'étudier dans les matières fécales un grand nombre d'éléments. Nous nous bornerons à signaler ceux dont la présence peut avoir une réelle valeur pour le diagnostic.

C'est le cas des *fibres musculaires* provenant des débris de viande, lorsqu'elles se présentent en grande abondance et avec peu de modifications. Si la mastication de la viande a été complète, elles indiquent alors une insuffisance de la digestion des albuminoïdes.

D'autres résidus alimentaires peuvent se retrouver au microscope dans les selles, tels sont les globules graisseux. Nous avons vu plus haut leur signification.

Les éléments sanguins, globules rouges, cristaux d'hématoïdine, peuvent s'y voir aussi ; mais la réaction de Weber constitue un moyen bien plus pratique de déceler la présence du sang.

Parfois des débris de *tumeurs* pourront être reconnus et trancher ainsi un diagnostic en suspens. Citons aussi les globules de pus, les fragments de muqueuse.

Enfin, nous ne pouvons que signaler la recherche des *microbes* (B. d'Eberth, B. de Koch, B. virgule, coli-bacille, entérocoque, staphylocoque, etc., etc.), et des *parasites* (amibes, vers ronds, anneaux de vers plats et leurs œufs).

Analyse chimique. — Nous n'en dirons que quelques mots. De nombreux auteurs s'en sont occupés en ces dernières années ; mais les résultats obtenus sont encore peu pratiques.

Par l'examen chimique, on recherche surtout les résidus alimentaires non digérés ou non assimilés. C'est ainsi que par les réactions appropriées on pourra constater la présence d'albumines non transformées en peptones et de peptones non absorbées. *L'épreuve de la fermentation* de Schmidt et Strassbürger consiste à placer les selles à l'étuve à 37°. Si leur réaction de neutre qu'elle est normalement, devient acide et s'il se dégage des gaz en abondance, c'est que les matières amylacées auront été insuffisamment digérées. On étudie encore chimiquement les résidus graisseux, mais les résultats obtenus sont encore plus incertains. On peut enfin, par les procédés chimiques, rechercher la bile ou les produits de réduction de la bilirubine par la muqueuse intestinale (stercobiline et son chromogène). Si on ajoute, aux selles préalablement délayées, une solution concentrée de sublimé, on obtient une teinte verte, s'il y a de la bilirubine, une teinte rose s'il y a de la stercobiline. L'absence de réaction permet de conclure à l'obstruction du cholédoque ou à l'acholie.

CARNET DU PRATICIEN

Traitement de la péricardite avec épanchement.

a) Repos absolu au lit ; le malade sera couché sur le dos, la tête peu élevée ;

b) Régime lacté absolu. Ajouter une cuillerée à café de lactose par tasse de lait ou couper celui-ci avec une eau diurétique ou avec de la tisane de chiendent, de queues de cerises, de stigmates de maïs.

c) Révulsion précordiale : les vésicatoires permanents sont en général insuffisants; recourir d'emblée à la vessie de glace. Retirer celle-ci dès que le pouls et la température reviennent à la normale, ce qui, chez certains sujets, demande moins d'une heure, et chez d'autres, au contraire, deux à trois heures.

d) Dérivation sur l'intestin à l'aide des drastiques.

e) Soutenir l'énergie du muscle cardiaque et les forces du malade à l'aide du vin de Trousseau (10 à 50 grammes), qui favorise en même temps la diurèse, de champagne, d'injections sous-cutanée d'éther ou d'huile camphrée.

f) Lutte contre l'élément douleur, à l'aide de poudre de Dower (0.10 à 0.20 cent. par jour en pilules) ou d'extrait thébaïque (en pilules de 0.05 cent. deux par jour).

g) Contre l'insomnie valérianate d'amyle en lavements.

Valérianate d'amyle	4 gr.
Mucilage de gomme arabique	20 gr.
Eau distillée	50 gr.

(Fischer.)

à garder.

h) Paracentèse du péricarde, en cas de croissance rapide de l'épanchement amenant une parésie du cœur et une asystolie aiguë.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 28.500 exemplaires
Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau
L'Administrateur-Gérant : G. Zante.

VARIÉTÉS

Contre la morphine la cocaïne et l'opium

Le procureur de la République vient d'adresser aux commissaires de police du département de la Seine la circulaire suivante :

Des informations récentes, ouvertes par mon parquet, ont révélé que les prescriptions de l'ordonnance du 29 octobre 1846, sur la vente des substances vénéneuses, et du décret du 1er octobre 1908, sur la vente, l'achat et l'emploi de l'opium et de ses extraits n'étaient plus exactement observées.

Dans certains quartiers de Paris, il est possible de se procurer sans difficulté de la morphine, de la cocaïne ou de l'opium.

Or vous n'ignorez pas que l'usage inconsidéré de ces toxiques est au plus haut point dangereux pour la santé publique, et peut produire sur l'organisme humain les plus funestes résultats.

Je vous rappelle, en conséquence, que :

1° Le commerce des substances vénéneuses est exclusivement réservé aux commerçants, chimistes, fabricants et manufacturiers qui ont fait à la préfecture de police une déclaration spéciale. (Ordonnance du 29 octobre 1846, art. 1er.)

Que seuls les négociants qui ont fait cette déclaration peuvent se faire livrer ces substances sur une déclaration écrite et signée et que les ventes et achats doivent être inscrits sur un registre spécial, coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police, registre sur lequel les inscriptions sont faites tout de suite et sans aucun blanc, au moment de l'achat ou de la vente. (Même ordonnance, art. 2 et 3).

2° Que la vente au public des substances vénéneuses ne peut être faite que par les pharmaciens pour des usages médicaux, et sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé ou d'un vétérinaire breveté, prescription datée et signée, énonçant en toutes lettres la dose desdites substances et le mode de l'administration du médicament (Art. 5, même ordonnance).

Que les pharmaciens doivent transcrire ces prescriptions sur un registre spécial et ne les rendre à l'acheteur qu'après les avoir revêtues de leur cachet et après y avoir indiqué la date de la livraison et le numéro d'ordre du registre. (Art. 6.)

Que les pharmaciens doivent apposer sur la préparation médicinale une étiquette indiquant leur nom et leur domicile et rappelant la destination interne ou externe du produit. (Art. 7.)

Enfin, que les substances vénéneuses doivent être toujours tenues dans un endroit sûr et fermé à clef. (Art. 11.)

Pour l'opium, le décret du 1er octobre 1908 impose les mêmes obligations aux commerçants en gros, industriels, chimistes ou pharmaciens ; de plus, pour l'expédition de l'opium brut à l'étranger, l'expéditeur n'est déchargé que sur la production du certificat de sortie, délivré par la douane, lequel certificat doit rester annexé au registre spécial. (Art. 4).

L'article 8 de ce décret contient, en outre, une disposition des plus importantes : toute cession d'opium, même à titre gratuit, est interdite même au profit de personnes autres que celles désignées à l'article 1er (commerçants en gros, industriels, chimistes dûment autorisés ou pharmaciens).

De même le prêt d'un local pour favoriser la détention et l'emploi prohibés de l'opium est passible des peines de la loi du 19 juillet 1845.

Vous voudrez bien ne pas perdre de vue ces prescriptions, toutes les fois que vous serez appelé à constater une mort violente, des blessures ou des maladies qui paraîtraient avoir été provoquées par l'abus de la morphine, de la cocaïne, de l'opium ou d'une autre substance vénéneuse, afin de rechercher avec le plus grand soin, par qui et dans quelles conditions ces toxiques ont été délivrés.

Je vous rappelle également que les ordonnances et décret précités vous donnent le droit d'opérer des visites dans les établissements ou officines de ceux qui débitent lesdites substances, mais avec le concours du médecin ou du chimiste désigné par le préfet de police.

D'une façon générale, je désire que vous procédiez à une enquête approfondie chaque fois qu'une infraction aux textes susvisés ou à l'article 317 du Code pénal vous sera signalée et que vous me fassiez connaître, sans délai, le résultat de vos recherches.

Vous voudrez bien m'accuser réception de cette circulaire.

Le procureur de la République,

TH. LESCOUVÉ.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les femmes sur le champ de bataille — Lavauzelle.

« Au fond de toute femme se cache une sœur de charité », a dit un philosophe qui connaissait bien les femmes et qui les comprenait. Nul ne saurait essayer de contester l'esprit de dévouement féminin, dont l'existence a été reconnue de tout temps.

Ces idées sont extraites d'un volume que MM. les médecins-majors Arnaud et Bonnette viennent de faire paraître chez Lavauzelle. Cet attachant ouvrage, qui porte en exergue les mots « vaillance et dévouement », est un monument élevé à la gloire des femmes françaises qui ont si bien soigné nos blessés et qui leur prodiguent tant de dévouement aujourd'hui encore pendant la campagne du Maroc.

La désarticulation temporaire dans le traitement des tuberculoses du pied, par HALLOPEAU, chirurgien des Hôpitaux de Paris. (N° 1 des *Annales de la clinique chirurgicale* du professeur Pierre DELBET). — Librairie Félix Alcan.

Ce travail, le premier d'une série qui paraîtra sous la direction du Professeur Pierre Delbet, est consacré à la méthode générale employée par celui-ci dans le traitement des tuberculoses du pied.

On sait combien ces lésions sont en général rebelles à tout traitement conservateur. Il semble que cela tienne surtout aux procédés opératoires employés. Grâce à la méthode décrite ici et dont les détails techniques sont exposés d'une façon générale d'abord, pour les diverses articulations ensuite, il ne paraît pas douteux que les résultats thérapeutiques puissent s'améliorer considérablement.

Une série de fort belles planches est annexée à cet ouvrage et permet de suivre très facilement la description des divers procédés.

Manuel pratique de kinésithérapie, fascicule IV : *Kinésithérapie orthopédique*, par le Dr René MESNARD. — Librairie Félix Alcan.

Dans ce manuel, l'auteur a cherché avant tout à mettre en lumière les principes essentiels et les idées directrices suivant lesquels la Kinésithérapie doit être appliquée à l'Orthopédie.

Le mode d'exécution des exercices a une importance capitale au point de vue des effets à obtenir ; aussi la façon dont l'auteur a représenté en regard de la forme correcte du mouvement sa forme incorrecte, n'est-il pas le côté le moins intéressant de cet ouvrage, où les figures abondent, rendant ainsi la lecture facile.

Le traitement de la scoliose y est étudié d'une façon analytique et méthodique avec certains aperçus nouveaux qui montrent que l'auteur ne s'est pas contenté d'appliquer avec routine ce qui se fait un peu partout, mais a cherché au contraire à préciser pourquoi il faut agir de telle ou telle manière dans les cas si variés qui se présentent.

La réactivité broncho-spasmodique, par le Dr J. NOÉ. — (Rousset). Intéressant travail de la collection des « actualités thérapeutiques ».

Anatomie descriptive et topographique des racines rachidiennes postérieures, par le Dr A. HOVELACQUE (thèse Paris).

Le docteur A. Hovelacque dont on connaît les travaux remarquables en anatomie se devait de nous donner une thèse sur un sujet d'anatomie. Il n'y a point manqué et il a apporté une contribution extrêmement utile sur cette région si importante qu'il a étudiée à fond. Il passe en revue dans ce mémoire qui restera, les divers procédés de radiotomie postérieure.

L'année électrique, par le Dr FOVEAU DE COURMELLES. — Béranger, Paris.

Ce recueil, plus important que d'ordinaire, contient toutes les nouveautés de 1911 ; la partie médicale, plus développée, renferme les données nouvelles sur l'électrocardiogramme, l'extension du repas opaque de l'auteur qui éclaire la physiologie de la digestion, les rayons X et ultraviolets en hygiène et en thérapeutique, le radium dans les eaux minérales et la thérapeutique. Sans préjudice de notions anciennes confirmées.

C'est un livre précieux à consulter, parce que très concis et très documenté à la fois.

Médicus. — Guide annuaire — Aimé Rouzaud, 41, rue des Ecoles, Paris.

Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur ce guide-annuaire des Etudiants et des Praticiens qui est le continuateur heureux du Numéro des Etudiants, dont l'origine remonte à 1873.

Les renseignements multiples que contient *Medicus* ont été soigneusement vérifiés, corrigés et mis à jour et l'on peut dire sans crainte d'être démenti, que cette publication est cette année, présentée d'une façon qui voisine la perfection.

La physique biologique pratique, par H. MARQUÈS, chef des travaux pratiques de physique à la Faculté de Montpellier. — Paris, Maloine.

La physique prend de jour en jour plus d'importance dans la pratique médicale ; elle intéresse toute les branches de la médecine, la physiologie, le diagnostic, la thérapeutique etc., donnant dans toutes les méthodes sûres.

La plupart des travaux publiés sur ce sujet dans ces dernières années sont trop étendus et surtout trop théoriques pour le médecin praticien.

ÉCHOS

La question des médecins militaires en Allemagne.

La *Gazette de Francfort* signale les difficultés qu'éprouvent les autorités militaires allemandes à recruter suffisamment de médecins pour assurer le service de l'armée. Le nombre des officiers de santé, qui devrait être de 2.269, est de 1.683 ; celui des médecins, qui devrait être de 1.120, est de 518, soit une différence de 25 0/0 dans le premier cas et de 50 0/0 dans le second entre les effectifs réels et les effectifs obligatoires.

Il y a des régiments à effectif fort qui ne possèdent qu'un seul médecin.

L'auteur de l'article croit que cette difficulté de recrutement est due en grande partie à l'infériorité de la situation qu'occupent les médecins de l'armée. On a refusé d'accorder l'équivalence des grades aux officiers de santé. Ils n'ont pas le droit de porter l'écharpe d'officier ; malgré leur instruction universitaire, ils sont peu considérés dans les régiments. Les colonels donnent très souvent aux jeunes sous-lieutenants le pas sur eux.

Ce pénible état de choses est rare dans les garnisons du Sud de l'Allemagne ; il est presque de règle dans le Nord et surtout dans les régiments dits « aristocratiques ».

Il faut encore tenir compte du fait que les israélites, qui sont en grand nombre dans le corps médical, sont systématiquement éloignés de l'armée.

Les aliments ferrugineux.

Un chimiste a fait l'analyse de ce que certains aliments contiennent d'oxyde de fer. Les plus riches sont, en milligrammes :

Le lait de femme 0.23 p. 100 de cendres, lait de vache 0.25 p. 100 ; blanc d'œuf 0.57 p. 100 ; farine de blé 0.61 ; café 0.65 ; airelles 0.66 ; farine d'avoine 0.67 ; viande de bœuf 0.70 ; pommes de terre 1.18 ; farine de maïs 1.26 ; pommes 1.40 ; jaune d'œufs 1.65 ; raifort 1.94 ; farine d'orge 2.00 ; farine de lentilles, 2.00 ; farine de seigle, 2.54 ; épinards, 3.35 ; fraises, 5.89 ; thé, 9.29 p. 100 de cendres.

Les récipients en tôle étamée pour la conservation du café.

A la suite de certains accidents survenus chez les cantonniers de nuit de la ville de Leipzig, qui consomment au cours de leur travail beaucoup de café ayant séjourné pendant plusieurs heures dans des récipients en tôle étamée, le Dr Strunk reçut du ministre de la guerre allemand la mission de rechercher si le café conservé pendant un certain temps dans de tels récipients peut déterminer des accidents d'intoxication. Les analyses qu'il a faites et que rapporte le *Répertoire de Pharmacie*, d'après l'*Apotheker Zeitung*, lui ont permis de constater que l'étain, même après un contact prolongé avec les infusions de café, n'est pas dissous en porportion appréciable. Il peut arriver que, par les vapeurs acides que dégagent ces infusions, le fer soit mis à nu et attaqué et que la rouille, en se détachant des parois, entraîne avec elle des parcelles d'étain, mais la quantité de ce métal ainsi entraînée peut être considérée comme inoffensive. Tout au plus l'infusion peut-elle prendre une saveur métallique désagréable ; cet inconvénient peut contribuer à faire rejeter l'emploi des récipients en fer étamé pour les infusions de café, mais on ne peut admettre que de tels récipients puissent présenter le moindre danger d'intoxication.

84e Année (Série XIIIe) — No 181 LE NUMÉRO : 25 CENTIMES Mercredi 15 Janvier 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 578-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 15 Janvier 1913

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la *Gazette Médicale de Paris*, sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs d'articles inédits qu'elle aura publiés, mettra désormais à leur disposition un tirage à part de 50 exemplaires.

ÉCHOS

Nos amis.

Nous apprenons avec le plus grand plaisir que notre camarade René Besnard vient d'être nommé ministre des Colonies; nous lui adressons nos affectueuses félicitations au nom de la *Gazette médicale de Paris* et au nom de son Comité de rédaction.

Un asile pour enfants aveugles

Grâce à un don de 100.000 couronnes, on vient de fonder, à Pest, un asile dans lequel seront admis 50 enfants aveugles âgés de 5 à 7 ans.

Pour les Vétérinaires militaires.

M. Méquillet, député de Meurthe-et-Moselle, a rédigé, au nom de la Commission de l'armée, un rapport qui propose la réorganisation des cadres des vétérinaires militaires.

Le rapporteur montre que le recrutement de ce corps est sérieusement menacé au grand dommage de notre cavalerie. Il en fait voir la situation précaire qui lui est faite.

M. Méquillet propose de porter de 467 à 522 le nombre des vétérinaires militaires, d'assurer une péréquation plus équitable de leur grade et de créer un nouveau grade, inspecteur du service vétérinaire.

Application aux blessés de la loi sur les accidents du travail

Sont passibles d'une condamnation à une amende de 16 à 300 francs et, en cas de récidive dans l'année de la condamnation, à une amende de 500 à 2.000 fr., sous réserve de l'article 463 du Code pénal :

1o Tout intermédiaire qui se chargerait, moyennant rémunération convenue d'avance, d'assurer aux victimes ou à leurs ayant-droit le bénéfice des instances ou des accords prévus par la loi. (La loi a voulu mettre par là en garde l'ouvrier contre le concours inutile des agents d'affaires).

2o Tout chef d'entreprise ayant opéré sur le salaire de ses ouvriers ou employés des retenues pour l'assurance des risques mis à sa charge par la loi ;

3o Toute personne qui, soit par menace de renvoi, soit par refus des indemnités dues en vertu de la présente loi, aura porté atteinte au droit de la victime de choisir son médecin ;

4o Tout médecin ayant, dans des certificats délivrés pour l'application de la loi, sciemment dénaturé les conséquences de l'accident.

Enfin, sont passibles d'une amende de 1 à 15 fr. et, en cas de récidive dans la même année, de 16 à 100 francs, les chefs d'entreprise qui négligent de faire afficher dans chaque atelier la loi et les règlements d'administration relatifs à son exécution.

De la Survivance

Les importantes expériences du Docteur Carrel qui viennent révolutionner les études physiologiques, ont à nos yeux, une portée plus grande.

Nous disions, sous la rubrique : *Inhumations précipitées* (Annales de Physicothérapie, octobre 1904) : « ....Qui nous dira exactement la quantité d'énergie potentielle latente que tel individu, supposé cadavre, possède à cette minute précise où la vie extérieure s'enfuit par toutes les issues, mais continue intérieurement, par la connivence persistante des fonctions physiologiques inhérentes aux organes et aux tissus ? La collectivité cellulaire continue souvent à vivre, alors qu'ont cessé déjà les relations centrales de la synergie nerveuse ou cérébro-spinale... »

Plus loin, même page 5 : « La cessation des manifestations extérieures de la vie n'est pas l'anéantissement. »

Page 7, nous parlons de la « résurrection fonctionnelle possible du cadavre apparent » et nous ajoutons : « Que de fois la vie du dedans pourrait être ainsi ranimée, alors même que, suivant toute apparence, l'organisme aurait complètement cessé de vivre au dehors!... »

Dans : *Aperçus de Philosophie et de Synthèse médicales*, décembre 1902, page 7, nous écrivons : « L'organisme humain, la machine idéale (qui, normalement suffit à sa propre rénovation et à son nettoyage) n'a quelquefois besoin que d'une aide passagère pour reprendre son merveilleux cycle vital, lequel ne doit finir qu'avec l'usure irrémédiable. Les Anciens, qui usaient de la saignée blanche (purgatifs) et de la saignée vraie, débarrassaient ainsi, à temps, l'organisme de ses déchets. Ils n'avaient, en médecine, que rarement affaire au bacille... »

Dans : *Traitement abortif et curatif des maladies aiguës par le calomel, la chaleur et l'eau*, après avoir parlé le premier de l'excessive nocivité de la flore intestinale, j'ai insisté sur l'absolue nécessité de la lessive intégrale et de l'économie dans son ensemble et de ce que j'ai appelé les égouts collecteurs de l'organisme.

Profitant de ce que l'attention est, de nouveau, fixée aujourd'hui sur ce sujet particulièrement intéressant, de la grande notoriété que s'est créée notre éminent confrère français fixé à New-York, des expériences concluantes qu'il vient de fournir de la survie organique, convaincu, d'autre part, que la mort est presque toujours due à l'empoisonnement général et à la déshydratation des tissus par la diminution de la soif et l'inconscience du moribond, — je viens proposer l'usage constant de procédés qui, bien qu'incomplètement appliqués, m'a réussi dans trois cas de mort apparente, cas que j'ai eu occasion de relater en leur temps.

Les moyens employés étaient l'eau et la chaleur *intus et extra*, l'électricité, l'oxygène, les tractions rythmées de la langue, associés à la respiration artificielle, les injections hypodermiques, les frictions, la flagellation, le marteau de Mayor, l'électrisation du pneumo-gastrique. Des personnes, considérées mortes et sur le point d'être enterrées, sont revenues à la vie, et nous ne parlons pas ici des hystériques, non plus que de ceux qui sont sidérés par la morphine ou un choc moral.

En dehors du calomel, de la saignée, de la chaleur et de l'eau tiède qui devront toujours être donnés au moribond, dont l'état signifie le plus souvent que ces moyens n'ont pas été employés à temps, nous conseillons, pour ceux déclarés morts, une libération et un lavage du tube digestif (estomac et intestin) à double courant et une opération faite par un chirurgien assisté du médecin traitant et d'un médecin légiste, qui consisterait à vider les artères et les veines, leur contenu qui serait remplacé par de l'eau distillée à une température de 38 ou 39° degrés et d'une transfusion sanguine. Le liquide céphalo-rachidien lui-même serait remplacé par un liquide *ad hoc*, non toxique. L'usage indiquerait la composition de ces nouveaux sérums, en se souvenant de la nocuité du chlorure de sodium vis-à-vis des reins et du danger que pourrait offrir un liquide antiseptique.

Le corps serait placé dans un récipient chaud ou plutôt dans un bain à 38 ou 39° degrés, (hydro-électrique de préférence) en même temps que l'on ferait les tractions rythmées de la langue, la respiration artificielle oxygénée ou mieux ozonisée, l'électrisation du pneumo-gastrique, les injections hypodermiques au phosphore, à la spartéine, à la strychnine, les applications de l'énergie de haute fréquence avec son apport calorifique, les frictions, le massage, la flagellation, et les mouvements des membres. On pourrait faire intervenir les ondes lumineuses et sonores, ainsi que les vibrations.

Comment ne pas admettre que du moment que l'énergie condensée dans les seuls ganglions du grand sympathique et les tissus suffit à assurer, pendant quelques heures, le fonctionnement des viscères, séparés de l'ensemble par notre éminent confrère, le docteur Carrel, comment ne pas admettre que l'organisme entier ne puisse, grâce aux synergies générales, et à l'apport dynamique et dynamogène, renaître à la vie lorsqu'il aura été libéré du poison résiduel et toxinien qui assiège toute ses cellules à la fois? Ce sera pour lui la rénovation. Le mort, rappelé ainsi à la vie, devra se souvenir que le bon sens lui impose la nécessité de la lessive intégrale de son économie, lorsqu'il a abusé des forces accumulées par la sélection et l'adaptation. Dr J. A. RIVIÈRE.

Paris, 10 janvier 1913.

LE NAPHTOLISME

L'Amérique, la terre classique des excentricités de toutes sortes, vient de nous révéler un nouveau genre d'ivresse d'une nature originale. Il existe à Boston et dans les environs un nombre très considérable de manufactures de caoutchouc, à la purification duquel le naphte est employé. Ce naphte, en ébullition, est contenu dans de grandes cuves et soigneusement préservé des atteintes de l'air. Ces manufactures sont une ressource précieuse pour la classe ouvrière car on y emploie une grande quantité de femmes et de jeunes filles. On ne tarda pas à s'apercevoir, dans l'une de ces fabriques, que la presque totalité des ouvrières semblait être dans un état perpétuel d'ébriété. On les surveilla et l'on fut stupéfait de constater qu'elles s'enivraient à plaisir en respirant les vapeurs qui s'échappaient des chaudières de naphte. Ces femmes déclarèrent que ce funeste abus était devenu pour elles presque une nécessité, par l'habitude qu'elles en avaient contracté. Les sensations que cette ivresse procure sont, paraît-il, si délicieuses, qu'elles surpassent les enchantements et les molles rêveries que font naître l'opium et le haschish.

Les Doctrines microbiennes au XVII° siècle

Dans la sixième et dernière édition du « Dictionnaire néologique à l'usage des beaux esprits du siècle », par un avocat de province (abbé Desfontaines), portant la date de 1727, l'on trouve la curieuse lettre suivante, qui fut écrite par M. de la Clide, lettre qui établit sans réplique qu'au XVIIIe siècle certains auteurs eurent la prescience des doctrines microbiennes.

...« En attendant cet ouvrage important (une histoire des mouches), je vous prie de me dire votre sentiment sur un nouveau système pathologique qu'un habile homme vient de publier (gentilhomme normand qui a publié depuis peu une brochure sur ce sujet). Il prétend que toute la nature est remplie de petits insectes aussi déliés que les atomes, qui se font une continuelle guerre entre eux ; qu'ils sont la source de toutes nos maladies, comme aussi de notre santé ; que lorsque nous sommes atteints de quelque mal violent, il se passe dans nos corps un grand combat ou un fameux siège ; que si les insectes qui ne sympathisent point avec nous sont victorieux comme il arrive souvent, nos maux continuent et deviennent dangereux. Il importe alors d'envoyer des troupes auxiliaires aux vaincus, ce qui se peut aisément, par le moyen des purgations, des restaurants, des cordiaux, et autre remèdes pleins d'insectes qui nous aiment. Ainsi, lorsque vous ne croyez boire qu'un simple liquide, vous avalez souvent des armées innombrables, où il se trouve comme dans les nôtres, toutes sortes de gens : des braves, des lâches et des petits maîtres. Ne riez pas, cher Barbet, ce que je dis est très sérieux, admirez ce système ; je sais qu'un savant en fait beaucoup de cas ; notre général (M. Aymon, porte-manteau du roi), toujours attentif à récompenser le mérite, vient d'enrôler l'inventeur pour servir de médecin à notre régiment avec une bonne pension assignée sur la vente des microscopes. »

(Lettre d'un rat calotin, 1727.)

Les " Autotomistes "

Tel est le nom dont le professeur Reclus a baptisé des chirurgiens qui, ainsi que vient de le faire à Toulon un de nos confrères de la Marine, s'opèrent eux-mêmes après anesthésie locale ou rachidienne, et dont il a tant été question ces derniers temps dans la presse médicale et dans la grande presse.

Le professeur Reclus en a réuni quatre observations : en voici une cinquième recueillie par le *Cri de Paris*. Voici, en effet, ce que ce journal a relevé :

Rue de la Condamine, à la devanture d'un marchand de cycles :

« X... prévient les sportmen qu'il recoud ses boyaux lui-même ».

La Radiographie du fœtus in utero

Par M. le Docteur POTOCKI
Professeur agrégé à la Faculté
Médecin accoucheur de la Pitié
et MM. les Docteurs Delherm et Laquerrière
Chefs du Laboratoire d'électro-radiologie de la Pitié

Depuis que Davis, probablement le premier, essaya de radiographier une femme enceinte de huit mois sans pouvoir obtenir, après une pose d'une heure, la moindre visibilité fœtale, et jusque vers 1910 la radiographie de la grossesse a donné des résultats négatifs ou peu satisfaisants.

* * *

Si Oudin et Barthélemy en 1897, Mullerheim en 1898, Varnier en 1899 ne virent pas leurs tentatives couronnées de succès, le professeur Imbert, plus heureux, put poser, en 1898, le diagnostic radiologique d'une grossesse extra-utérine.

Bouchacourt en 1900, obtint en plaçant dans le decubitus latéral, des fragments de squelette fœtal et, en 1904, le professeur Fabre déclarait qu'on ne pouvait pas obtenir sur le vivant des images complètes du squelette fœtal.

En 1907, M. Fabre, ayant perfectionné sa technique, montra douze clichés de fœtus en position ventrale : « Le contour de la tête est obtenu avec netteté, on devine sur certaines des régions le squelette constitué surtout par des vertèbres lombaires ; sur quelques-uns d'entre eux, on peut même apercevoir quelques-uns des segments du membre, fémur et tibia. »

De 1907 à 1910, il ne parut aucun travail nouveau sur cette question ; et l'*Atlas de radiographie obstétricale* de Léopold (1909) ne comporte aucune planche de radiographie fœtale *in utero*.

* * *

C'est alors que Fabre, Barjon et Trillat, 1910, présentèrent au Congrès de l'Avancement des Sciences de Toulouse, quelques radiographies reproduisant nettement le squelette fœtal : tête, vertèbres, membres.

D'Halluin, à la fin de 1911, établit dans un cas douteux au point de vue clinique, par la radiographie, l'existence d'une grossesse gémellaire de huit mois et son très beau cliché permet de reconnaître non seulement la position des fœtus mais même la situation de leurs membres inférieurs.

A l'Etranger, Lars Edling (novembre 1911) présente un cas de grossesse gémellaire, un cas de présentation de siège, un cas de grossesse triple ; bref il a radiographié 22 patientes avec de fort beaux résultats.

Albers Schombergs a obtenu un beau cliché dans un cas.

D'autre part, Darder Rodes, de Barcelone, préconise le radiodiagnostic précoce de la grossesse au moyen de pellicules intra-vaginales.

Enfin O Donnel (1912) a présenté de fort beaux clichés de grossesse à partir de 6 mois et demi.

* * *

Le petit nombre des auteurs ayant obtenu des épreuves radiographiques de la grossesse montre la difficulté de cette exploration ; mais les perfectionnements récents de l'instrumentation et de la technique permettent d'espérer que ce mode d'investigation entrera bientôt dans la pratique courante. Le point capital en radiographie fœtale est, en effet, de posséder une installation très puissante.

Nons avons pu réaliser ce desideratum primordial au Laboratoire de Radiologie de la Nouvelle Pitié, grâce à l'Assistance publique, qui nous a installé un contact tournant Gaiffe, capable de fournir un nombre élevé de milliampères avec un degré de pénétration convenable. Nous sommes loin, du reste, d'employer le maximum de puissance de l'appareil, afin de ménager les ampoules. Mais nous pensons *a priori* que nos résultats seraient encore de beaucoup meilleurs si nous pouvions, grâce à des ampoules plus solides, utiliser des intensités plus élevées.

Jusqu'à présent, avec les ampoules de modèle soit de Gundelach, soit de Pilon-Gaiffe, ayant un degré radiochronométrique de 7 à 8, nous avons le plus souvent employé des poses de une seconde et demie à six secondes, avec 20 à 25 m. a. dans le tube ; quelquefois aussi des poses se chiffrant par cinquièmes de seconde avec 30 à 40 m. a.

Actuellement, pour déterminer le temps de pose, nous utilisons l'indicateur de Gaiffe, qui permet, connaissant la distance de l'ampoule à la plaque, l'épaisseur du sujet, le degré radiochronométrique, l'intensité passant dans le tube, de trouver très rapidement la durée d'exposition nécessaire.

Cet appareil n'est nullement indispensable, et nos premières radiographies, faites au juger, ont été très rapidement satisfaisantes. Il ne donne, de l'aveu même du constructeur, qu'un renseignement approximatif, qu'il faut savoir corriger. Avec notre appareillage, nos tubes et nos écrans renforçateurs, voici la manière dont nous obtenons le temps de pose : nous augmentons d'un tiers le chiffre indiqué par le barème et en raison de la présence de l'écran, nous divisons par 10.

A notre avis, l'indicateur de Gaiffe, sans avoir une valeur absolue, est un accessoire commode lorsqu'on veut se donner la peine de déterminer le coefficient de correction correspondant à chaque installation.

Nous signalons, enfin, que tous nos clichés ont été développés avec le révélateur courant employé dans le service (révélateur à un seul bain) ; il nous paraît que souvent ils eussent été beaucoup meilleurs s'ils avaient été traités avec plus de délicatesse et que nous aurions pu obtenir beaucoup plus d'oppositions en employant, pour ces cas particuliers, des révélateurs de maniement un peu plus complexe.

* * *

Les techniques les plus diverses et les plus variées ont, tour à tour, été préconisées : la position ventrale a été plus particulièrement utilisée par le professeur Fabre, qui, avec Jarricot et dans la thèse de Donnezan-Boccamy (Lyon, 1906) la considère comme absolument indispensable pour avoir une bonne projection, pour rapprocher le fœtus de la plaque, et mettre ainsi en évidence des parties fœtales qui « resteraient invisibles si la radiographie était faite dans le décubitus dorsal ».

Albers Schomberg, d'Halluin, ont adopté par contre le décubitus latéral.

Dès le début denos recherches, en mai 1912, nous avons utilisé la pose ventrale ; soit avec inclinaison suffisante de l'ampoule pour que l'anticathode corresponde à une ligne perpendiculaire passant à 20 centimètres du pubis (Technique Fabre-Barjon-Trillat) ; soit avec incidence normale perpendiculaire au bassin. Nous avons aussi essayé le décubitus latéral, et toutes les positions intermédiaires ; et toutes nous ont donné de bons résultats. Nous avons également placé la malade debout, le ventre appliqué sur une plaque verticale.

En somme, avec un bon appareillage, on peut obtenir des radiographies du fœtus en donnant à la mère des positions diverses.

Mais il est un point important : il faut que la femme soit dans une situation commode ; il est inutile de lui imposer un désagrément ou une souffrance. Or, la femme enceinte, en particulier à la fin de la grossesse, est extrêmement gênée par le décubitus ventral. De plus, comme nons ne sommes pas arrivés à faire des radiographies instantanées, si la femme est mal à l'aise, il y a beaucoup plus de chances pour qu'elle fasse des mouvements durant la pose.

Aussi, nous sommes-nous arrêtés à la manière suivante de procéder :

La patiente est étendue sur le dos, le siège et les lombes reposent sur une planche assez mince pour ne pas arrêter une portion appréciable de rayons. L'ampoule est placée sous la table. Un châssis contenant la plaque et l'écran renforçateur est posé sur le ventre et maintenu par deux pinces spéciales, adaptées de chaque côté de la table et permettant de réaliser un certain degré de compression. Nous avons une radiographie ventrale sans faire coucher la malade sur le ventre (1).

Nous croyons que le mieux, dans la plupart des cas, est de commencer par faire un cliché, la femme étant ainsi placée, en mettant la plaque parallèle au plan du lit et en faisant tomber le rayon normal perpendiculairement au milieu de la plaque (2).

On obtient une image du fœtus en totalité. On est renseigné sur sa situation et sur son développement. Si l'on désire des renseignements complémentaires, on peut prendre d'autres clichés en des conditions variables selon ce que l'on désire connaître : si, par exemple on veut préciser les rapports du pôle inférieur avec le bassin on fera une nouvelle radiographie, en déplaçant l'ampoule et en inclinant pour que le rayon normal corresponde à l'axe du détroit supérieur.

Si l'on veut mieux étudier telle ou telle partie fœtale, on met la mère dans une position convenable pour que cette partie soit le plus près possible de la plaque et que son image ne soit pas masquée par une région du squelette maternel. Quand on cherchera à être renseigné sur la mobilité du fœtus, on inclinera la femme de différentes façons, on la fera mettre debout, etc.

Précautions à prendre. — Sans doute nous n'avons pas la prétention d'obtenir dans tous les cas des résultats parfaits ; il y a lieu de faire entrer en ligne de compte les difficultés inévitables lorsqu'on vise un but triplement mobile ; nous devons obtenir une image sans que la femme ait bougé ou respiré ; sans que l'utérus ait présenté des contractions, sans que le fœtus ait remué. Ces difficultés deviendront d'ailleurs de moins en moins grandes, au fur et à mesure que les temps de pose se trouveront diminués.

D'autre part, la faible ossification du fœtus et l'épaisseur des parties maternelles à traverser constituent un autre groupe de difficultés ;

La paroi abdominale plus ou moins œdématiée et vascularisée, l'utérus gorgé de sang, le liquide amiotique, etc., forment autant d'écrans qui masquent les minimes différen-

(1) Chez les femmes dont la courbure lombaire est accentuée, il est bon, afin de diminuer la distance entre la plaque et la table, de faire plier les genoux et de les maintenir élevés par un coussin, en même temps que l'on fera reposer la tête directement sur la table, sans oreiller.

(2) Dans nos recherches nous avons presque toujours placé l'ampoule à 60 centimètres de la plaque ; distance suffisante pour qu'une plaque 30×40 soit bien irradiée, mais cependant assez courte pour ne pas exiger un long temps de pose. Les renseignements sur la taille exacte du fœtus seraient evidemment plus précis si l'on éloignait davantage l'anticathode.

ces d'opacité déterminées par le squelette fœtal.

En tout cas, jusqu'à présent nous n'avons pu ni obtenir d'image fœtale avant le cinquième mois de la grossesse, ni réaliser des radiographies satisfaisantes même dans les grossesses à terme quand l'épaisseur de la femme était trop considérable (plus de 35 centimètres après compression par exemple).

Mais il est une chose de toute première importance, surtout si l'on a affaire à une grossesse peu avancée, c'est de faire préparer la femme comme s'il s'agissait d'une radiographie de calcul du rein : la faire purger, lui faire donner un lavement, l'examiner le matin à jeun, sont des précautions que nous recommandons instamment. Chez la femme à terme, la plénitude de l'intestin augmente l'épaisseur et l'opacité de l'abdomen ; chez la femme, encore loin du terme, ce sont surtout les gaz intestinaux qui sont gênants, et une grosse bulle arrondie du côlon peut simuler une petite tête fœtale ou inversement. Nous citerons entre autres le cas suivant, particulièrement difficile. Une femme atteinte d'un gros fibrome présente en même temps une grossesse de cinq mois ; malgré nos efforts pour obtenir la vacuité de l'intestin, nos radiographies montraient un côlon distendu par des gaz des deux côtés de l'opacité médiane ; mais dans cette opacité une coque arrondie à bords nets semblait bien être une tête fœtale de cinq mois. Seulement, elle pouvait aussi bien être formée par un segment du côlon, dont nous ignorions la place exacte à ce niveau.

* * *

Malgré ces difficultés, nous pouvons dire qu'avec une bonne installation on peut actuellement radiographier assez couramment le fœtus dans les deux derniers mois de la grossesse et obtenir souvent une image très nette, non seulement de la colonne vertébrale et du crâne, mais encore des côtes et des membres, des mains, y compris les doigts, des pieds, de la face, etc.

Mais on peut mieux obtenir encore, puisque nous sommes parvenus à radiographier — et nous croyons être les premiers en France — des fœtus à cinq mois.

Nous ne voulons pas insister sur l'importance que peut présenter la radiographie fœtale pour la position du fœtus, son développement, sa présentation, pour la confirmation du diagnostic de grossesse gémellaire, etc. Ce que nous voulons seulement aujourd'hui mettre en lumière c'est qu'avec une installation puissante fonctionnant de façon moyenne, la radiographie du fœtus *in utero*, au moins à la fin de la grossesse, est réalisable d'une façon presque courante. Nous ne voulons pas dire qu'elle soit une chose très commode ne nécessitant aucun soin ; mais en tout cas, elle ne constitue pas un tour de force réalisable seulement une fois par hasard (1).

(1) Soc. de rad. médic. de Paris.

LES EXAMENS DE DOCTORAT AU XVIe SIÈCLE

En voici le cérémonial tel que de vieux documents nous le font connaître.

« Ceux des licenciés qui voulaient être nommés docteurs faisaient une demande pour l'examen dit des Vesperies, ainsi nommé parce qu'il se passait le soir. La présence de dix docteurs était requise pour cette épreuve. Un candidat posait à un autre candidat une question à discuter, puis, du haut de la chaire supérieure, un docteur posait une question voisine, un autre docteur relevait la discussion, et ainsi de suite. Après quoi, le nouveau docteur remerciait, dans une éloquente péroraison, le Dieu tout-puissant, le Collège des médecins, ses parents et ses amis présents. C'est alors que les docteurs ayant assisté en grand costume à la soutenance se dirigeaient à pas comptés vers « l'impétrant » et le félicitaient de cette dignité, « la plus grande qui puisse être obtenue ».

LE MARIAGE DES ALIÉNÉS

Nos lecteurs n'ont pas oublié l'enquête que nous avons menée l'an dernier à l'occasion de deux propositions de loi déposées à la Chambre des députés par MM. Viollette et Maurice Colin, concernant le DIVORCE DES ALIÉNÉS (1).

Un sénateur de la Creuse, M. Mazière, vient à son tour de déposer devant la haute Assemblée le 6 juin 1912, une proposition relative au MARIAGE DES ALIÉNÉS. De l'exposé des motifs qui précède cette proposition nous extrayons ce qui suit :

MESSIEURS,

La présente proposition de loi a pour but d'ajouter l'article 146 du Code civil à ceux qu'énumère l'article 184 ; voici en quels termes ils sont l'un et l'autre actuellement rédigés :

« ART. 146. — Il n'y a pas de mariage lorsqu'il n'y a pas de consentement.

« ART. 184. — Tout mariage contracté en contravention aux dispositions contenues aux articles 144, 147, 161, 162 et 163 peut être attaqué soit par les époux eux-mêmes, soit par tous ceux qui y ont intérêt, soit par le ministère public »

. . . .

* * *

... Que faut-il entendre par l'expression de l'article 146 ; PAS DE CONSENTEMENT ? Il est unanimement admis qu'il faut la distinguer de celle qu'emploie l'article 180 : CONTRACTÉ SANS LE CONSENTEMENT LIBRE.

Le défaut de liberté dans le consentement résulte de violences, menaces, pression, abus d'autorité, ou de l'erreur dans la personne ; l'absence totale de consentement résulte de l'aliénation mentale. C'est ce que dit excellemment un arrêt de la Cour de Bastia, du 8 février 1888 (Sirey 1889, 2,177, — Dalloz, 2,317).

... « Il suffit du reste de se reporter au texte même des articles 180 et 181 du Code civil pour se convaincre que la situation dont il s'agit au procès n'a été ni prévue, ni réglée par lesdits articles ; que les termes qui y sont employés aussi que bien les dispositions qu'ils renferment ne peuvent se comprendre qu'autant qu'ils s'appliquent à des époux jouissant de leur capacité civile et qui, dès qu'aura cessé la contrainte ou l'erreur qui avait vicié leur consentement, pourront choisir entre les deux voies qui leur sont également ouvertes, l'action en nullité ou la ratification. »

La première idée qui se présente à l'esprit est que le mariage d'un dément est impossible, parce que l'officier de l'état civil refusera de le célébrer. Mais la folie ne se manifeste pas toujours par des gestes et des paroles désordonnés ; elle a souvent, au contraire, pour effet de plonger le dément dans un demi-hébétement qui n'attire pas l'attention des personnes non prévenues. C'est précisément l'état dans lequel se trouvait François-Marie Bastiani dont le mariage a été annulé par l'arrêt de la Cour de Bastia, lequel constate que, « ni pendant la rédaction de son contrat de mariage, ni pendant la célébration devant l'officier de l'état civil, ni pendant les fêtes données à cette occasion, il n'a commis aucun acte d'extravagance ; mais vainement on voudrait y voir la preuve que, pendant ces quelques jours au moins, Bastiani, en admettant son insanité d'esprit avant et après, se serait trouvé dans un intervalle lucide qui aurait suffi à l'habiliter au mariage... »

Les mariages d'aliénés ne sont donc pas impossibles, la jurisprudence en fournit d'assez nombreux exemples, la question la plus grave qui se pose à leur sujet est celle de savoir, en présence des termes de l'article 146, quelles sont les personnes qui ont le droit d'en demander la nullité.

* * *

La jurisprudence de la Cour de cassation, quoique combattue par la presque unanimité de la doctrine, n'a jamais varié sur ce point : elle refuse l'action à tout intéressé et même à celui des conjoints qui est sain d'esprit ; il est vraisemblable qu'elle la refuserait également au Ministère public s'il faisait une tentative en ce sens. Son argument est unique et très ferme : l'article 184 ne contient aucune référence à l'article 146. On fait intervenir aussi parfois les articles 180 et 181, qui réservent l'action en nullité à celui des époux dont le consentement n'a pas été libre, mais, en raison de la distinction faite plus haut, nous croyons qu'il ne faut tenir aucun compte de ces deux articles dans notre hypothèse.

On peut dire et il a été dit, en effet, que celui ou celle qui épouse une démente ou un dément serait mal venu à demander ensuite aux tribunaux l'annulation du mariage : « La femme elle-même, malgré le plein consentement qu'elle a donné en connaissance de cause, peut se démarier à son heure, au gré de son intérêt ou de son caprice, parce qu'il n'y a pas de mariage ?... (1) ».

C'est l'application de l'adage : *nemo auditur propriam turpitudinem allegans.*

Oui, mais lorsque l'on épouse un dément ou une démente, ce n'est presque jamais en connaissance de cause.

Un jugement du tribunal civil de la Seine du 20 février 1912 (*Gazette des Tribunaux*, 21 février 1912) nous en fournit un exemple éclatant. Un sieur Alexandre Chauhert épouse à Paris une demoiselle Lisa Weber, qui avait été précédemment internée dans une maison de santé. Il l'ignorait. Elle se montra « dès le lendemain de son mariage, d'un caractère bizarre, souvent incohérent ; cet état ne cessa de s'aggraver et, au bout de quelques mois, elle dût être admise de nouveau dans un asile d'aliénés où elle se trouve encore actuellement ».

Le tribunal ne nie pas qu'au jour du mariage Lisa Weber ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés mentales.

Cependant, en raison des termes de l'article 184 du Code civil, il déboute Chauhert de sa demande et le condamne aux dépens.

Nous pensons que, quelque juridiques qu'ils soient, de tels jugements équivalent à de véritables dénis de justice, et c'est pour remédier à la situation présente que nous demandons la réforme de l'article 184.

* * *

« Il n'y a pas de mariage lorsqu'il n'y a pas de consentement. » Voilà une formule nette, absolue, tranchante, semble-t-il. En réalité, nous ne devons y voir, étant donné l'état de la jurisprudence, qu'une déclaration vaine et presque sans efficacité aucune.

La doctrine, en grande majorité, professe que, faute de consentement, le mariage est aussi inexistant que si les époux n'étaient pas de sexes différents et M. Poncet, juge d'instruction au tribunal de la Seine, dans une note sous un arrêt de la Cour de cassation (Dalloz, 1888, 1, 161) cite les auteurs qui, en raison de l'inexistence du mariage, permettent à tout intéressé d'en faire prononcer l'annulation : Aubry et Rau, Marcadé, Demolombe, Valette (sur Proudhon), Glasson, Baudry-Lacantinerie, Demante et Colmet de Santerre ; lui-même partage leur opinion et M. l'avocat général Desjardins est obligé de confesser devant la Cour de cassation : « Votre jurisprudence a été si vivement critiquée par la plupart des auteurs qu'on a pu se demander si vous ne fléchiriez pas après tant

(1) Voir l'ouvrage du Dr LUCIEN-GRAUX où se trouve publiée cette enquête : *le Divorce des aliénés*, Paris, Maloine, éditeur.

(1) Conclusions de M. Desjardins, avocat général à la Cour de cassation (Sirey 1887, I, 461).

d'années devant une opposition à peu près universelle... »

L'inconséquence la plus choquante de la théorie de la Cour de cassation est que le mariage est, pour ainsi dire, inattaquable, puisqu'il est le seul à avoir le droit d'en demander l'annulation, les articles 180 et 181 étant appliqués, — à tort du reste, — faute d'autre sanction, à l'article 146.

L'arrêt de la Cour de Bastia a admis que, lorsque le dément est interdit postérieurement à la célébration de son mariage, le tuteur a le droit de demander l'annulation, et Labbé est également de cet avis, dans la note qui se trouve au Sirey sous cet arrêt ; mais, à vrai dire, on étend alors les termes de l'article 180 et, si l'on voulait être rigoureusement logique, l'action en annulation du mariage de l'aliéné devrait être refusée au tuteur de l'interdit aussi bien qu'aux héritiers de l'aliéné. Admettrait-on qu'au cas où une jeune fille de 16 ans, mariée avec le consentement de son grand-père, n'aurait pas eu sa pleine liberté de consentement, son tuteur, qui pourrait être un oncle ou un frère aîné, serait recevable à demander l'annulation du mariage, alors qu'elle-même refuserait de s'associer à cette demande, ayant « acquis sa pleine liberté » depuis moins de six mois (art. 181) (1) ?

En fait, si l'aliénation mentale persiste ou s'aggrave, le mariage est définitif. L'aliénation d'un conjoint n'est donc, dans notre pays, ni une cause de divorce si elle survient postérieurement à la célébration du mariage, ni une cause d'annulation si elle est antérieure. Mais elle conduit fréquemment l'autre conjoint à créer un faux ménage et à engendrer des enfants adultérins : là est le pire mal.

* * *

Reste la question de fait. Comment reconnaîtra-t-on qu'au jour de la célébration du mariage l'aliénation mentale existait déjà ?

« L'intelligence la plus profondément assoupie, dit M. Desjardins, peut se réveiller dans une circonstance extraordinaire. Celui qui déraisonnait hier peut, au moment même où il va prendre un engagement très grave, éprouver une grande secousse ; une lueur subite a peut-être éclairé cette âme ensevelie dans les ténèbres... »

Ce développement pathétique est peu fait pour convaincre, tout au plus peut-il émouvoir dans une plaidoirie. La théorie des « intervalles lucides » perd de jour en jour du terrain. Certes, les tribunaux devront se montrer très difficiles dans l'administration de la preuve avant d'admettre la nullité du mariage ; mais si, comme le cas s'est déjà présenté, il est établi incontestablement qu'au jour de la célébration du mariage l'un des conjoints était dément, il n'est que juste d'admettre l'autre conjoint à faire prononcer la nullité du mariage (2).

C'est pourquoi nous proposons à vos délibérations la proposition de loi dont la teneur suit :

PROPOSITION DE LOI

ARTICLE UNIQUE

L'article 184 du Code civil est ainsi modifié :

« Tout mariage contracté en contravention aux dispositions contenues aux articles 144, 146, 147, 161, 162 et 163 peut être attaqué soit par les époux eux-mêmes, soit par tous ceux qui y ont intérêt, soit par le ministère public. »

La proposition de loi de M. Mazière, renvoyée à la quatrième commission d'initiative parlementaire de 1912, a été l'objet d'un rapport sommaire de M. le docteur Vagnat, sénateur des Hautes-Alpes, que voici :

MESSIEURS,

Notre honorable collègue, M. Mazière propose de compléter l'article 184 du Code civil par une référence à l'article 146.

Il s'agit de la nullité du mariage contracté par un individu en état d'aliénation mentale. Le cas n'est pas aussi rare qu'on le croirait *a priori*. La folie, à ses débuts, n'est pas toujours évidente ; il arrive souvent que, des délits ayant été commis par des hommes en apparence pleinement responsables, la folie du délinquant devient manifeste, soit au cours de l'instruction, soit après la condamnation ; lorsqu'il est enfermé dans un établissement pénitentiaire. Ce qui est vrai des fous criminels l'est encore plus de ceux dont les facultés mentales s'oblitèrent progressivement ; si celui qui a cru épouser une fille simple d'esprit, ou tout au plus bizarre, a pu se faire illusion, rien d'étonnant à ce que l'officier de l'état civil qui a célébré le mariage et n'a vu les conjoints que pendant quelques minutes, se soit, lui aussi trompé sur la valeur du consentement donné par chacun d'eux.

Cependant, malgré les termes formels de l'article 146, d'après lequel il n'y a pas de mariage lorsqu'il n'y a pas de consentement, et malgré les protestations unanimes de la doctrine, la jurisprudence refuse de prononcer la nullité du mariage de l'aliéné lorsque la demande en est formée par le conjoint sain d'esprit. Elle ne conteste pas que ce mariage soit nul, mais elle dénie au conjoint de l'aliéné la qualité nécessaire pour intenter cette action, parce que, dans son énumération, l'article 184 ne renvoie pas à l'article 146.

Cette jurisprudence, trop constante pour qu'on puisse espérer un revirement, aboutit à des résultats intolérables. Aussi votre Commission d'initiative, qui aurait pu, conformément à l'article 76 du règlement, se dessaisir au profit de votre Commission du mariage, conclut-elle à la prise en considération.

Le Sénat a fait siennes les conclusions de M. Vagnat et de la commission d'initiative. Avant de se séparer, il a, en juillet dernier, pris en considération la proposition de loi de M. Mazière, pour l'étude de laquelle une commission spéciale va prochainement être nommée.

Nous ferons connaître à nos lecteurs les opinions des maîtres les plus qualifiés pour donner leur avis sur cette importante question.

(1) On serait tenté d'objecter que, le mariage ayant eu pour conséquence l'émancipation, le tuteur a perdu le droit d'agir en cette qualité. Mais la question est précisément de savoir si le mariage est valable et si la mineure est émancipée.

(2) Si l'on n'insère pas dans l'article 184 un renvoi à l'article 146, il faut compléter ce dernier article en précisant quelles sont les personnes qui ont le droit de faire constater par les tribunaux qu'« il n'y a pas de mariage ». Ce procédé, plus juridique peut-être, offre l'inconvénient de sanctionner législativement une théorie très discutable, — et très discutée en fait — celle qui distingue l'inexistence du mariage de son annulabilité. Voir notamment, sur cette question, le rapport de M. Raymond Saleilles, le regretté professeur de la Faculté de droit de Paris, publié dans le *Bulletin de la Société d'études législatives*, année 1911, pages 351 à 399.

PHTISIOTHÉRAPIE

ACTION ISOLÉE ET COMBINÉE
de la Péronine, de la Thébaïne, de la Narcéine, de la Papavérine et de l'Hélénine
SUR LA TOUX DES PHTISIQUES (1)

Par M. Louis RÉNON
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Necker

Quand on n'a pu éduquer la toux des phtisiques incurables et quand on a résolu de la combattre, on peut utiliser les divers alcaloïdes de l'opium. L'action de la morphine, de la codéine, de la dionine, de l'héroïne et celle plus récente du pantopon est bien connue.

Si l'action de ces diverses substances est épuisée, on peut recourir à d'autres alcaloïdes dont l'effet, quoique différent, n'est pas à dédaigner. Depuis le début de l'année 1912, pour calmer la toux des derniers moments des malheureux phtisiques de mon service, j'ai utilisé l'action isolée et combinée de la péronine, de la thébaïne, de la narcéine, de la papavérine et de l'hélénine.

I. — ACTION ISOLÉE

A. *Péronine.* — La péronine, chlorhydrate de benzylmorphine, est soluble dans l'eau dans les proportions de 4 0/0 environ. Elle a une action calmante sur la toux, moindre que la morphine, mais supérieure à la codéine.

Je l'ai utilisée en pilules et en cachets, à la dose de 1, 2, 3 et 4 centigrammes par jour. Je me suis servi aussi d'une solution aqueuse à 1 0/0 pour les injections sous-cutanées ; celles-ci ne sont pas douloureuses et ont une bonne action calmante à la dose de deux injections d'un centimètre cube de cette solution, répétées à 3 ou 4 heures d'intervalle.

B. *Thébaïne.* — La thébaïne est le plus convulsivant des alcaloïdes de l'opium ; son action se rapproche assez de celle de la strychnine. Elle produit une anesthésie d'origine centrale, sans dépression marquée, mais elle possède peu d'action sur la toux.

Elle est insoluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool surtout à chaud. Je l'ai utilisée en cachets ou en pilules, à la dose de 1 à 3 centigrammes par jour.

Son action tonique me paraît indispensable à l'association de plusieurs alcaloïdes de l'opium.

C. *Narcéine.* — La narcéine a un effet indiscutable sur la toux. On peut la considérer pratiquement comme insoluble, puisqu'elle n'est soluble que dans 1.285 parties d'eau froide et 950 parties d'alcool. On peut la rendre soluble par addition du double de son poids de benzoate de soude ou de salicylate de soude.

J'ai utilisé la narcéine, en pilules ou en cachets, à la dose de 1 à 3 centigrammes dans les 24 heures, et à la dose de 1 à 3 cuillerées à soupe de la solution suivante dans les 24 heures.

Narcéine................	0 gr. 10
Benzoate de soude........	0 — 10
Eau distillée............	150 grammes

D. *Papavérine.* — La papavérine a une certaine action tonique, mais elle est beaucoup moins excitante et convulsivante que la thébaïne. Elle est peu analgésique et calme moins la toux que la péronine et la narcéine.

Elle est insoluble dans l'eau. Je l'ai utilisée à la dose de 5 milligrammes à 1 centigramme, en pilules ou en cachets de 5 milligrammes chaque.

E. *Hélénine.* — L'hélénine n'est pas un alcaloïde dérivé de l'opium. C'est un hydrate de carbone, le camphre d'aunée et son action est toute différente de celle des alcaloïdes de l'opium. Elle n'a aucun effet sur la douleur, ni sur le sommeil, mais calme la toux et a une action tonique sur l'organisme des tuberculeux ; toutefois, elle n'arrête nullement le processus tuberculeux, comme le fait a été soutenu faussement.

L'hélénine est insoluble dans l'eau. Je l'utilise à la dose de 2 à 6 centigrammes par jour, en cachets ou en pilules de 2 centigrammes chaque.

II. — ACTION COMBINÉE

Si les actions isolées des substances précédentes sont bien connues, et si mon expérience n'a fait que confirmer les résultats publiés antérieurement, il n'en est pas de même de leur effet combiné. Le mécanisme nouveau de ces propriétés thérapeu-

(1) *Société d'Études scientifiques sur la tuberculose*, 12 décembre 1912.

tiques est à l'ordre du jour comme en témoignent les recherches toutes récentes de Von Edwin Stanfon Fanst sur l'association de la morphine, de la narcotine, de la codéine, de la papavérine, de la théhaïne et de la narcéine (1). Mes combinaisons opiacées sont différentes de celle de cet auteur ; elles comprennent de plus l'addition de l'hélénine à laquelle j'attache une très grande importance.

L'association des divers alcaloïdes de l'opium ne se résout pas par un simple cumul de leurs effets, mais par une modification de ceux-ci, souvent même par une multiplication de l'action thérapeutique. La présence de la thébaïne et de l'hélénine m'a paru indispensable dans toutes les combinaisons, en raison de l'action excitante et tonique de la thébaïne sur la respiration et la circulation, action qui modère l'effet dépressif des autres opiacés, et en raison de l'action particulière de l'hélénine sur la toux et de son action légèrement stimulante sur l'organisme.

J'ai utilisé des combinaisons très nombreuses de la péronine, de la thébaïne, de la narcéine, de la papavérine et de l'hélénine.

On peut s'adresser d'abord aux trois formules suivantes :

a) Péronine	0 gr. 01
Thébaïne	0 — 01
Hélénine	0 — 02

Pour une pilule ou un cachet additionné de 10 centigrammes de lactose. On donne deux pilules ou deux cachets par jour à 5 heures d'intervalle au moins.

b) Narcéine	0 gr. 01
Thébaïne	0 — 01
Hélénine	0 — 02

Pour une pilule ou un cachet additionné de 10 centigrammes de lactose. On donne deux pilules ou deux cachets par jour à 5 heures d'intervalle.

c) Papavérine	0 gr. 005
Thébaïne	0 — 01
Hélénine	0 — 02

Pour une pilule ou un cachet additionné de 10 centigrammes de lactose. On donne une pilule ou un cachet le soir.

De ces trois associations, celle qui m'a paru donner les meilleurs résultats est incontestablement la première, l'association de la péronine, de la thébaïne et de l'hélénine. Je n'ai jamais observé de dépression à la suite de son emploi, je n'ai noté aucune réaction du côté des urines. Bien que la marche de la tuberculose n'ait été aucunement modifiée, les malades respiraient mieux et toussaient moins.

J'ai utilisé d'autres combinaisons, notamment l'association successive et simultanée de la narcéine et de la papavérine au mélange de péronine, de thébaïne et d'hélénine. Je n'ai pas trouvé de différence d'action bien nette contre la toux. Aussi je ne conseille cette combinaison de 4 et 5 substances que dans des cas exceptionnels.

REVUE CLINIQUE

La Pneumokoniose

Par M. le Docteur SMESTER.

Le malade dont je viens vous parler a 63 ans, il est meuleur de son état, et a exercé ce métier pendant vingt-six ans dans la même maison.

Il est grand et fort ; il était vigoureux avant ses crises successives ; et, si on l'a réformé autrefois, c'est qu'il est porteur d'une hernie inguinale.

Presque tous les ans, depuis 1886, il a des attaques de pneumonie traumatique, avec fièvre, toux, suffocation.

Son robuste tempérament avait eu raison de ces attaques successives jusqu'à l'année 1911, où le dernier apport des poussières de meule dans les alvéoles pulmonaires a fini par triompher de sa forte constitution.

Les foyers pneumoniques correspondent aux points où se sont déposées les poussières. Là, où l'on constatait de la matité, une absence ou une faiblesse du murmure vésiculaire, là on constatait, par la radiographie, un dépôt de poussière de meule, des îlots de calcaire.

Dans sa dernière crise, un confrère a diagnostiqué « une attaque d'asthme » ; mais un examen radioscopique suffit pour déterminer la nature du mal, connu et décrit sous la dénomination de pneumonie irritative, d'anthracose, de calcosys, de pneumokoniose. C'est une véritable maçonnerie lente et progressive du poumon par les poussières minérales que respire le malade.

Il est aujourd'hui possible de préciser la cause, et la localisation de l'affection, grâce aux moyens d'investigation. Cette maladie apparaît comme un véritable accident du travail, comme un traumatisme pulmonaire ; et l'ouvrier qui vit continuellement au milieu de ces nuages de poussières de meule arrive assez rapidement à une obturation à peu près complète de son arbre aérien.

Le malade qui fait le sujet de cette communication est arrivé jusqu'à 63 ans, mais rares, très rares sont les meuleurs qui atteignent cet âge. Sous un aspect robuste, que conservent encore ces ouvriers, ils cachent une faiblesse extrême, une inaptitude complète à tout travail, à tout effort. Ce sont, avant l'âge, des vieillards.

J'ai vu un assez grand nombre de ces ouvriers travaillant aux meules ; presque tous disparaissaient entre trente-cinq et quarante-cinq ans, emportés par ces pneumonies spéciales.

J'aurais voulu, à propos du cas de ce malade, vous parler d'une autre victime des poussières, de meule, d'Urbain, mort dans les environs de quarante ans. Malheureusement, la radiographie n'existait pas à l'époque où cet homme a succombé. Et je ne puis venir, avec preuve à l'appui, vous parler de ce cas particulièrement intéressant. Je vous demande donc de me croire sur parole. L'affection d'Urbain a évolué sous mes yeux et voici ce que j'ai constaté, ce que j'ai vu.

Urbain était un homme de taille moyenne, d'une largeur d'épaules et de thorax remarquable avec des reins et des membres solides : Urbain avait le type trapu d'Hercule. Fort comme un athlète, et bon comme un enfant, cet ouvrier m'intéressait infiniment ; et dès sa première crise de pneumonie à mortier, je commençais avec lui une lutte acharnée, pour l'obliger à quitter ce métier mortel. Mais il me répondait invariablement que jamais, dans un autre, il ne gagnerait autant qu'aux meules.

Tous les ans, je voyais les progrès grandissants des poussières de meule ; la maçonnerie pulmonaire envahissait assez rapidement le parenchyme, amenant de larges zones de matité et d'absence de murmure vésiculaire. La lutte, de mon côté, devenait brutale, et j'allais jusqu'à dire à ce malheureux qu'il serait mort avant peu, s'il continuait ce travail. Lui me répondait toujours, avec son bon sourire de colosse, qu'il ne pouvait changer de métier pour gagner de petites journées.

Ce que j'avais prévu arriva plus vite que je ne pensais. Peu à peu, les poumons se remplirent de poussière, amenant une inflammation des tissus circonvoisins. La fièvre s'alluma, le murmure vésiculaire s'affaiblit, la matité grandit, la dyspnée devint pénible ; toute force physique disparut, et un matin, je constatai avec effroi la matité absolue des deux poumons en avant et en arrière ; la disparition complète du moindre murmure vésiculaire, la cyanose du visage, des mains et des pieds ; un état d'angoisse indescriptible, et ce colosse mourut asphyxié avec deux blocs de maçonnerie remplaçant ses poumons. Dans ce cas, la radiographie aurait déterminé la part qui revenait aux dépôts de poussière de meule et celle qui ressortissait à l'hépatisation.

Je ne puis parler de l'anthracose, dont je n'ai pas une pratique suffisante.

Mais j'ai vu, pendant plus de vingt ans, les méfaits des poussières de meule. Je ne crains pas de dire que tous ceux qui, pour un gain un peu moins médiocre vont à ces travaux forcés, vont à la mort par une voie généralement rapide (1).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

L'Hélénine et ses applications thérapeutiques

Depuis que Germain Sée a montré l'avantage qu'il y avait à employer de préférence des médicaments simples, cristallisés et de composition bien définie dont l'action, sérieusement étudiée, soigneusement déterminée est toujours la même, beaucoup de médicaments nouveaux ont été découverts et préconisés. Un grand nombre eurent, il est vrai, une vogue éphémère : quelques-uns cependant s'implantèrent solidement et enrichirent précieusement notre arsenal pharmaceutique. Parmi ces derniers, l'hélénine occupe une place importante, car sa valeur thérapeutique est incontestable et incontestée.

L'hélénine est un corps solide, cristallisé en prismes quadrangulaires incolores, elle fut isolée pour la première fois par de Korab en 1880 du camphre ou essence d'aullée dont elle est un des trois principes constitutifs. Elle fut l'objet, de la part de son inventeur et d'autres médecins, de nombreuses recherches physiologiques et cliniques tant en France qu'à l'étranger.

Une de ses propriétés les plus remarquables est de diminuer de façon très notable l'excitabilité laryngo-pharyngienne (*Soc. de biologie*, 13 mai 1882)). Par conséquent l'hélénine est un des médicaments qui calment le mieux la toux ; elle fait cesser les quintes les plus rebelles, tarit les expectorations même abondantes et atténue notablement la dyspnée de l'asthme.

Introduite dans l'économie, l'hélénine exerce à un haut degré une action stimulante accompagnée d'une diminution marquée de la tension vasculaire et d'un abaissement de la température, phénomènes qui ont été rigoureusement observés au moyen des appareils enregistreurs du professeur Marey (*Société de biologie*). De ces propriétés physiologiques, il était aisé de déduire son action thérapeutique dans le traitement des congestions pulmonaires et pour prévenir les hémoptysies. C'est ce que l'expérimentation clinique a bien démontré ; l'hélénine agit contre les congestions des poumons de façon remarquable, son effet est utile en cas d'ulcérations et même de cavernes quand la fonte purulente des tissus fait craindre dans la phtisie la rupture d'un vaisseau trop aminci pour résister à la tension sanguine.

L'hélénine offre en outre l'avantage de pouvoir être ingérée sans irriter l'estomac. Comme les amers aromatiques elle excite l'appétit et même facilite la digestion chez les phtisiques, atteints d'anorexie rebelle.

Anti-microbicide puissant, ce corps a une action stérilisante sur le bacille de Koch (*Académie des sciences*, 4 septembre 1882). De Korab avait déjà constaté ce fait en 1882 ; en 1885, Pillatte dans une thèse de Montpellier, le vérifia et remarqua qu'une quantité minime d'hélénine suffisait à empêcher le développement du bacille.

(1) Von Edwin Stanfon Faust : Ueber Kombinierte Wirkungen einiger Opiumalcaloïde (*Münchner medizinische Wochenschrift*, 12 nov. 1212, n° 46, p. 2.489).

(1) Soc. de Méd. de Paris.

N'oublions pas, en terminant, de rappeler que l'hélénine s'élimine rapidement par les voies respiratoires, et c'est ce qui explique l'action topique qu'elle exerce sur la muqueuse bronchique et le parenchyme pulmonaire (*Congrès international de thérapeutique* 1889).

En somme, les propriétés de l'hélénine justifient l'opinion émise sur elle par Vindevogel dans un article de la *Confraternité médicale belge* où ce distingué clinicien affirme que nous pouvons nous féliciter de l'introduction de l'hélénine dans la thérapeutique moderne.

REVUE DE PATHOLOGIE

Accidents anaphylactiques du Sérum dans le Rhumatisme tuberculeux

Par M. le Professeur Paul COURMONT (de Lyon)

Les accidents anaphylactiques dus au sérum les plus intenses que j'ai observés par l'emploi du sérum antituberculeux, sont survenus chez des malades atteints de rhumatisme tuberculeux chronique. Dans trois cas surtout (rhumatisme chronique très ancien, observé pendant plus de dix ans, tuberculose discrète scléreuse d'un sommet et diverses manifestations discrètes. lupus tuberculeux) les accidents furent extrêmement marqués, soit locaux (érythème, œdème, gonflement ganglionnaire), soit généraux (fièvre, frissons, courbature, troubles nerveux, éruptions généralisées, gonflement articulaire, amaigrissement). Ces accidents sont survenus après la troisième et la quatrième injections souscutanées, bien que celles-ci aient été précédées d'une injection rectale. Il est intéressant de remarquer : 1° Que l'injection rectale n'a pas empêché les accidents ; 2° que les sujets étaient cliniquement guéris de leurs lésions pulmonaires, avaient un sérum très agglutinant, et que l'intensité des accidents a semblé en rapport avec la présence abondante d'anticorps ; 3° qu'il y a eu des réactions prolongées et intenses des articulations malades et comme une sorte de fixation des accidents en ces points.

La Tuberculose génitale chez l'Enfant

Par M. le Docteur Paul HAMONIC

La tuberculose génitale de l'enfant, fréquente surtout dans les premières années de l'existence, entre 1 et 5 ans, n'atteint guère que le testicule et l'épididyme.

Chez l'enfant, comme chez l'adulte, on rencontre une forme aiguë, une forme chronique et une forme mixte.

Forme aiguë. — La *forme aiguë est la plus fréquente.* Elle a une évolution extrêmement rapide. Le *début* en est marqué par un écoulement uréthral, qui, chez les enfants un peu âgés, peut être regardé par les parents comme de la blennorragie et donner lieu à d'injustes accusations.

L'écoulement est fréquent, surtout au moment de la *puberté.* Il est souvent suivi d'un *éréthisme génital,* qui incite l'enfant à se gratter et à prendre de mauvaises habitudes.

Rapidement le *testicule,* puis l'*épididyme* se gonflent, deviennent *adhérents* aux bourses et se ramollissent. Plus tard, la peau *s'amincit, rougit* et *donne issue à une collection purulente,* qui laisse à sa suite une *fistule* plus ou moins persistante.

Après cette *explosion,* le *processus se calme,* et la *guérison* survient, sinon complète, du moins avec persistance de *foyers indurés,* indiquant que l'ennemi est toujours dans la place, et qu'il pourra se manifester *plus tard* à nouveau.

Forme chronique. — Dans la *forme chronique,* la maladie se développe *insidieusement,* comme le fait un ganglion scrofuleux. L'*épididyme* devient bosselé, dur. Il coiffe le testicule comme un cimier. Plus tard, la glande elle-même est atteinte. Il se forme en même temps une *vaginalite adhésive* ou une *hydrocèle.*

Tout *évolue lentement* et *à froid,* sans beaucoup de réaction, ni de douleur. Puis, à la longue, le processus tend vers le *ramollissement* et l'*abcès* met des semaines à s'ouvrir. Quand il le fait, il s'écoule un *pus caséux* et il s'établit un *trajet fistuleux* qui persiste un temps plus ou moins long. A la fin la *poche se rétracte* envahie qu'elle est par un *épais tissu de sclérose.* La *fistule se ferme* et la *lésion guérit,* mais l'hyperplasie fibreuse peut envahir la glande et l'*atrophier* complètement.

Cette sclérose, qui constitue un *processus curateur,* peut se développer, dans les cas les plus heureux, *d'emblée* et en dehors de tout ramollissement, de toute suppuration. Le tissu fibreux se substitue peu à peu à l'élément tuberculeux et l'organe *guérit, en s'atrophiant.* Bien entendu, il perd de ce fait toute valeur fonctionnelle.

En même temps que se produisent ces événements, les *ganglions de l'aine correspondante* se prennent. Tantôt, il s'agit d'une *adénopathie tuberculeuse* qui subit la même évolution que l'épididyme et le testicule ; d'autres fois, c'est une *adénite inflammatoire* consécutive à l'ulcération scrotale et à l'ouverture des abcès génitaux.

Dans les cas qui nous occupent en ce moment, l'altération des ganglions inguinaux est *précoce* et on peut dire que l'enfant, beaucoup plus que l'adulte, présente une *disposition spéciale à l'adénopathie secondaire.*

L'infection peut même dépasser les lymphatiques inguinaux et remonter jusqu'aux *ganglions iliaques.* Parfois elle se porte plus avant. Elle envahit les milieux intérieurs et le petit malade meurt de *méningite,* de *phtisie* ou de *granulie généralisée.*

Dès le début des accidents, le sujet présente ordinairement les stigmates classiques de la *scrofule.* Parfois, il paraît bien portant. Mais son facies *blafard et bouffi* dénonce d'emblée son mauvais tempérament.

Formes mixtes. — Dans les formes mixtes il s'agit encore de *sujets strumeux* débilités ou atteints d'une forme quelconque de tuberculose viscérale, chez lesquels un examen minutieux révèle quelques *lésions au niveau du testicule ou de l'épididyme* (induration, nodosités, épanchement vaginal, etc.).

Tout à coup, la *glande génitale se tuméfie,* devient douloureuse, la peau se tend et rougit.

De deux choses l'une : ou bien le processus se calme, et tout rentre dans l'ordre, mais le testicule et l'épididyme forment une *masse bosselée,* dure et peu douloureuse dans laquelle on ne peut faire la part de ce qui appartient à la glande et à son conduit vecteur, *tellement les deux organes sont confondus entre eux* ; ou bien la *suppuration* se produit rapidement, suivant le processus indiqué déjà.

L'abcès une fois ouvert, il s'écoule *un pus fortement grumeleux,* mélangé à des fragments de tissu nécrosé. Une *fistule* persiste, dont l'orifice est ordinairement caché dans un pli du scrotum épaissi.

Dans certains cas, si l'ouverture se produit sur une large étendue, un *fongus* survient, mais cet événement est rare.

Après un temps plus ou moins long, la *suppuration se tarit, la fistule même se cicatrise,* mais elle demeure sujette à *récidive,* et les accidents précédents peuvent réapparaître après une *accalmie.* Dans certains cas, on voit *plusieurs explosions aiguës* se succéder ainsi au cours d'une évolution chronique.

Pronostic. — Le *pronostic* de la tuberculose génitale est beaucoup *plus bénin* chez l'enfant que chez l'adulte. La plupart des jeunes gens *guérissent sans opération,* du seul fait d'un traitement médical bien dirigé.

Malgré tout, il ne faut pas perdre de vue que les petits malades sont pour la plupart des *tuberculeux constitutionnels,* et on a à compter avec la possibilité d'autres manifestations bacillaires.

Le *pronostic de la lésion testiculaire locale* doit donc être disjoint du pronostic de l'*état général* du sujet.

Diagnostic. — Le *testicule syphilitique* et le *sarcome* sont les deux seules affections capables de prêter à confusion.

Le *testicule syphilitique* coexiste ordinairement avec d'autres tares de la spécificité. Souvent, il est bilatéral. Il donne lieu à une tumeur testiculaire piriforme très dure, un peu *aplatie, lisse,* complètement *insensible à la pression* et qui respecte ordinairement l'épididyme.

Quant au sarcome, c'est un *néoplasme volumineux, mou,* qui se développe avec une *certaine rapidité,* et au niveau duquel on observe de *grosses veines scrotales.*

Traitement. — Médicalement, on peut beaucoup.

Les *toniques* sous toutes les formes et une *bonne hygiène* sont les facteurs essentiels du traitement. Comme médicaments, les *chlorures* et l'*iode* sont particulièrement indiqués.

Il ne faut pas se hâter de recourir à l'opération radicale, c'est-à-dire à la castration. Il sera bon d'abord de *ponctionner l'hydrocèle, d'ouvrir les abcès* quand ils se produisent, de *curetter* et de *cautériser* les foyers tuberculeux, en ayant soin de les *antiseptiser* à l'aide de pansements appropriés. Surtout si les *petits sujets présentent un bon état général,* on pourra patienter.

Bien entendu, si la santé périclite, il y a lieu d'intervenir. Il importe de sauver l'organisme d'une déchéance profonde qui entraînerait la mort. Mieux est de sacrifier un organe compromis ou perdu que d'exposer le petit malade à une cachexie irrémédiable.

REVUE DE PHYSIOLOGIE

La Sécrétion rénale de l'urine

D'après M. le Dr Amblard, la sécrétion rénale de l'urée est le phénomène le plus simple que l'on puisse envisager dans l'étude de la sécrétion rénale. C'est un fait qu'on ignorait encore il y a peu de temps, mais qui est aujourd'hui établi d'une façon irréfutable. La raison en est double. C'est d'abord qu'elle appartient au groupe des substances excrémentielles *qui n'ont pas de seuil d'excrétion,* c'est-à-dire qui s'éliminent par l'urine tant qu'elles existent dans le sang, en aussi minime quantité que ce soit.

En second lieu, parce qu'elle est un cristalloïde non ionisé. La technique exige en particulier que l'on compare la quantité d'urée de l'urine et du sang au même moment car leur teneur varie beaucoup dans les différentes périodes de la journée.

Elle a permis d'établir qu'il existe une constante uréo-sécrétoire propre à chaque individu, aussi bien chez les néphrétiques que chez les sujets à reins intacts, mais qui a, bien entendu, une valeur très variable dans les deux cas.

Il en résulte que la recherche du rapport entre l'urée du sang et de l'urine, est incontestablement plus utile que la recherche isolée de cet élément dans l'urine ou dans le sang.

Déjà, on a signalé sa portée pratique pour les interventions chirurgicales sur les reins et pour l'étude des néphrites. Elle a permis aussi de déterminer avec précision l'influence de la néphrectomie sur la sécrétion rénale. Elle montre d'autre part qu'une activité rénale très diminuée, atteignant à peine le 1/10 de l'activité normale, permet cependant une longue survie.

La constante uréo-sécrétoire est d'une portée très générale car elle peut s'appliquer aussi à la

sécrétion rénale des chlorures. Mais il faut tenir compte ici du *seuil d'excrétion*, c'est-à-dire du taux de sel dans le sérum, et de la limite audessous de laquelle cesse la sécrétion des chlorures. Sous cette réserve, la constante d'excrétion de l'urée et des chlorures est identique chez un même individu.

Elle permet enfin d'étudier l'action de la température sur l'activité rénale. Les variations que l'on obtient dans le débit uréique, en élevant ou en abaissant la température, montrent que la diurèse n'est pas un phénomène purement physique, et que l'on doit laisser de côté les expressions de perméabilisation rénale et de filtration rénale.

REVUE DE PSYCHIATRIE

Le Cocaïnisme collectif

MM. Briand et Vinchon viennent de présenter à la Société clinique de Médecine mentale 4 malades entrées à l'Admission à la suite de nonlieu; ces malades sont toutes des priseuses de cocaïne. L'une d'elles présente à l'heure actuelle les symptômes de la paralysie générale : 2 sont sevrées, une est en voie de sevrage. Ces malades sont intéressantes : 1° Parce qu'elles ne correspondent pas toutes au type clinique décrit ; les troubles de la sensibilité générale dominent, mais parfois la sensation de vers entre « cuir et chair » peut manquer. Les hallucinations et les illusions sont variables : elles semblent plutôt des souvenirs évoqués avec une intensité singulière. Les interprétations délirantes sont nombreuses et suivies de réactions constamment semblables : querelles de femmes entre elles (jalousie) et disputes avec leur chauffeurs de taximètres où les cocaïnomanes aiment particulièrement à priser le poison. L'anesthésie cutanée est variable, elle est parfois localisée aux extrémités, d'où maladresse et pseudo-incoordination.

Les auteurs n'ont pas retrouvé les accidents convulsifs classiques, mais seulement du tremblement à des degrés divers.

L'affaiblissement intellectuel est parallèle à l'affaiblissement physique. L'irritabilité est excessive, des idées délirantes trop frustes n'ont pas permis de reconstituer un délire. L'état de besoin est hâtif et apparaît parfois au deuxième jour ; il est moins impétueux que dans la morphine, peut-être parce qu'il n'y a pas lutte à cause de l'aboulie des cocaïnomanes. Ceux-ci viennent rarement d'eux-mêmes se faire sevrer.

2° Toutes ces malades appartiennent au même milieu, intéressant parce qu'il est bien plus sincère que dans les milieux littéraires : c'est celui des femmes de Montmartre. Le milieu présente toutes les conditions requises pour le développement de la contagion mentale. On a pu y observer ces individus doués de prestige dont parle Tarde, individus dont l'action sur la masse est complexe, comme l'a signalé cet auteur.

Aujourd'hui, des poursuites sont commencées à la suite des plaintes, mais l'action de la justice sera toujours entravée parce que les victimes elles-mêmes ont intérêt à faire continuer la vente du toxique. Les parents n'ont que la ressource d'intenter des actions civiles aux vendeurs de poison. Tout le monde sait combien cette procédure est semée d'embûches.

REVUE D'UROLOGIE

Calcul du rein extrait par pyélotomie,

Par le Docteur CLERMONT
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse.

En ce moment où presque tous les mois on voit, soit dans les diverses Sociétés de chirurgie et d'urologie, soit dans les journaux médicaux, discuter les avantages de la pyélotomie ou de la néphrotomie dans l'extraction des calculs du rein, il serait utile que chaque chirurgien vienne présenter les cas qu'il a pu observer, mais les présenter impartialement, sans parti pris, sans idée préconçue et sans essayer surtout de tabler sur *ses opérations* de pyélotomie ou de néphrotomie pour trancher définitivement en faveur de l'une ou de l'autre.

On ne peut manquer, en effet, d'être surpris de voir des chirurgiens tels que M. Bazy, déclarer, après l'exposé d'une série (1) de *trois observations* : « La pyélotomie est l'opération de choix dans l'ablation des calculs du rein, la néphrotomie l'opération de nécessité. »

Ce nombre d'interventions, même multiplié par dix, est véritablement trop infime pour permettre de résoudre utilement cette question difficile et déjà très ancienne.

Il faut plutôt s'attacher à apporter des observations, de nombreuses observations, en recueillir un nombre vraiment imposant grâce auquel on pourra trouver des cas analogues, des cas comparables, traités par l'une ou l'autre méthode et ce seront alors les résultats obtenus qui dicteront les conclusions.

C'est pour apporter notre modeste contribution à ce travail de synthèse qu'on peut prévoir, que je viens vous rapporter la relation d'un cas de calcul du rein que j'ai extrait par pyélotomie.

Au mois de juin dernier, l'hôpital de Cahors, sur la demande du préfet de ce département, envoyait dans un service de médecine de notre Hôtel-Dieu, le nommé Etienne L..., meunier à Car (Lot). On l'envoyait, je m'empresse de le dire, comme morphinomane et pour essayer de le guérir de cette manie qui obérait dans de fortes proportions le maigre budget de la commune où ce malade était né. Et la commune payait déjà depuis de nombreuses années... L'histoire de ce malheureux est, en effet, navrante. Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, dont les antécédents familiaux ne présentent pas de détails à retenir, sauf la mort par tuberculose de deux sœurs.

Quant à son histoire personnelle, elle est très simple, elle peut se résumer d'un mot : toute sa vie n'a été qu'un long martyre.

A l'âge de dix ans, s'étant un jour accroché à l'arrière d'une voiture qui descendait une côte à vive allure, il sent brusquement une douleur violente dans le flanc droit. Cette douleur dure dix heures, pendant lesquelles la moindre goutte d'urine n'est émise. Sous l'influence sédative d'un bain tiède, les douleurs s'atténuent, les urines reparaissent, elles sont sanglantes.

A partir de ce moment, les crises douloureuses se renouvellent à intervalles irréguliers, mais assez fréquemment ; elles sont nettement réveillées par le mouvement ; elles s'accompagnent parfois d'hématurie. A l'âge de vingt ans, les crises se reproduisent avec une intensité croissante, toutes les semaines. Plusieurs médecins consultés, devant cette symptomatologie nette, avaient, les uns porté le diagnostic de coliques néphrétiques, d'autres celui de rein mobile ; d'autres enfin celui de névralgie ! Le malade est dispensé du service militaire, soumis à tous les calmants de la pharmacopée, mais ses douleurs persistent. Forcé de travailler pour vivre, il se fait meunier ; mais quand il rapportait les sacs de farine à ses clients, il ne fallait pas songer à monter sur sa charrette, le moindre cahot déclanchait rapidement une crise.

A vingt-trois ans, il eut une hématurie qui dura trois jours. Pendant les crises douloureuses, il prenait les positions les plus excentriques. Ayant un jour remarqué qu'après un vomissement, les douleurs avaient cessé, au moment des crises suivantes, il provoquait lui-même les vomissements. Mais ces moyens ne réussissaient pas toujours.

Il y a sept ans, un médecin ordonna de la morphine. Le malade se crut sauvé ; mais la dose dut devenir assez rapidement croissante ; elle atteignit 50 centigrammes par jour et peut-être plus. (Un jour, trente piqûres d'une solution forte ?)

Au début de l'année, on l'envoie, pour le motif que j'ai indiqué déjà, à l'hôpital de Cahors. Là, on fait le diagnostic « calcul rénal » ; mais aucune radiographie n'est faite. L'intervention est pratiquée, mais on ne trouve pas de calcul (renseignement du malade). D'ailleurs, les douleurs persistent avec la même netteté, comme avant l'opération, et la morphine est indispensable.

C'est à ce moment qu'on l'envoie dans le service de M. R. Cestan. Celui-ci pense aussi à une vieille histoire de calcul rénal, le fait rechercher aux rayons X qui le révèlent dans le rein droit avec la plus grande netteté. Le malade est alors transféré dans le service de notre maître, M. le professeur Jeannel, aux fins d'opérations.

L'examen nous montre un malade amaigri, paraissant plus vieux que son âge et répondant mal à nos questions ; ce n'est pas sans peine que nous lui faisons raconter l'histoire que je viens de relater et préciser quelques détails. C'est qu'en effet, ce malheureux est mal disposé à notre égard : il a vu tant de médecins, il a été soigné de tant de manières, il a même subi une opération sans résultat !

La douleur, au début et pendant longtemps est restée localisée sous les fausses côtes, en arrière, à la partie supérieure du flanc droit ; elle ne présentait pas d'irradiations ; le malade la compare à une forte tenaille qui aurait tordu ou arraché les chairs dans cette région. Dans l'intervalle des crises, la région restait sensible.

Les urines, quand elles n'étaient pas sanguinolentes, ou couleur café étaient très claires.

L'examen du flanc droit nous montre la cicatrice, trace de la première intervention. Mais la palpation la plus attentive ne nous révèle aucun signe intéressant ; pas davantage l'exploration de l'uretère.

Les autres organes de l'économie paraissent sains. Du côté des organes digestifs, nous trouvons seulement une inappétence presque absolue et une constipation très marquée ; mais l'abus de la morphine est suffisant pour les expliquer.

En résumé, le diagnostic fait d'après les seuls signes cliniques était facile : douleurs et hématuries réveillées par le mouvement, et cela depuis des années ; sans nul doute, il ne pouvait vraisemblablement s'agir que d'un calcul. La radiographie que je vous présente, faite par M. le professeur Marie, sur la demande de M. R. Cestan, le rend évident. Nous voyons un calcul du volume d'une grosse noisette (2 c. × 1,3), situé au niveau des disques de la première et deuxième vertèbres lombaires et à 5 centimètres de la ligne des apophyses épineuses ; le rein n'est pas visible sur la radiographie.

Avant d'intervenir, je voulais pratiquer chez ce malade le cathétérisme des uretères. Je pensais, en effet, et non sans raison, que chez lui, à cause de la première opération, les manœuvres opératoires ne seraient pas faciles et si, par hasard, j'étais forcé de faire la néphrectomie, je désirais connaître la valeur du rein gauche chez ce morphinomane invétéré. Malheureusement, le malade refusa catégoriquement toute nouvelle exploration !

Je dus donc me passer de ce complément de recherches:

Opération le 29 juin. — M. le professeur Jeannel étant absent, je pratiquai l'intervention aidé par M. Dueuing, interne ; anesthésie au Roth-Drager par M. Kuntz.

L'incision lombaire me conduit rapidement sur l'atmosphère rénale. Mais, immédiatement je vois que le rein, un peu gros, est entouré d'une

(1) Bazy, *La pyélotomie dans les calculs du rein.* (*Journal d'urologie*, juin 1912, p. 747.)

couche épaisse de graisse sclérosée et fixée dans la profondeur.

Avec la plus grande difficulté, je libère le rein par sa face postérieure, par son pôle inférieur et enfin par sa face antérieure ; le pôle supérieur est extrêmement adhérent. Enfin, après avoir décapsulé la face postérieure du rein, je découvre le bassinet, qui semble un peu dilaté.

Pensant que le calcul se trouve dans le bassinet (la radiographie le montre, en effet, dans le coin de Bazy-Morand), je fais la pyélotomie, le bassinet, exploré avec beaucoup de soin, ne contient pas le calcul.

En tenant entre le pouce et l'index le pôle inférieur du rein, je crois sentir une induration à cet endroit, mais est-elle produite par le calcul ou par un noyau de périnéphrite?

Je fais une néphrotomie (4 cm.) au niveau correspondant ; le calice inférieur exploré ne contient pas non plus le calcul ; l'incision rénale est suturée facilement et je me décide à chercher le calcul dans le pôle supérieur. Mais, pour cette recherche, la néphrotomie n'est plus de mise. L'extrémité supérieure du rein est, en effet, si adhérente dans la profondeur que toute incision serait aveugle et dangereuse. Mais heureusement le bassinet ampullaire et dilaté permet l'introduction de l'index et celui-ci perçoit le calcul par son pôle inférieur ; une pince légèrement courbe va le saisir assez facilement dans un calice supérieur.

Pas d'hémorragie ; l'incision du bassinet n'est pas suturée ; je place un drain à son contact, les muscles sont suturés au fil de fer, la peau aux agrafes de Michel.

Les suites opératoires sont normales les premiers jours ; mais par le drain s'échappe une grande quantité d'urine.

6 *juillet*. — Le drain est supprimé.

8 *juillet*. — L'urine qui s'écoule par la plaie lombaire paraît purulente ; il en est de même d'ailleurs de l'urine qui passe par la vessie.

10 *juillet soir*. — 39°4, frisson.

11 *juillet*. — Un drain est remis en place.

14 *juillet*. — 37° matin, 37°3 soir. Une quantité considérable d'urine s'écoule par la fistule lombaire.

Le second drain est supprimé le 24 juillet.

L'état reste sensiblement le même jusqu'au 1er août. Cependant, à plusieurs reprises, nous avons proposé au malade de placer une sonde à demeure dans son uretère pour essayer de dériver le cours de l'urine ; mais il avait toujours refusé. Cependant, ce jour-là, il se laisse convaincre et immédiatement je pratique la cystoscopie. Je repère facilement son orifice urétéral droit, mais lorsque j'essaie d'introduire une sonde n° 7, je suis nettement arrêté. J'essaie une, deux sondes n° 6, même insuccès ; enfin cependant je réussis à introduire une troisième n° 6 (peut-être plus fine que les deux autres) ; évidemment, je la laisse à demeure, car il est certain que la fistule lombaire est entretenue par ce rétrécissement qui siège à l'extrémité inférieure de l'uretère.

Pendant quelques heures, l'urine coule par la sonde, mais le soir même celle-ci, ayant un calibre très réduit, se bouche ; je me garde cependant de l'enlever, je la laisse en place pendant deux jours.

3 *août, au soir*. — Le pansement est moins souillé par l'urine.

5 *août*. — La fistule est complètement tarie ; l'urine, encore purulente, passe toute dans la vessie.

A partir de ce moment, **enfin ! nous inspirons toute confiance au malade et c'est sans la moindre hésitation qu'il accepte trois lavages du bassinet**, le 8, le 16, le 23 août.

Ils sont faits avec le nitrate d'argent à 1 p. 500 (la sonde n° 7 passe sans difficultés).

Le premier lavage est suivi le soir d'un frisson avec élévation de la température : 39°1, 39° aussi le lendemain ; le troisième jour, la température redevient normale.

Les deux autres lavages ne furent suivis d'aucune complication et, sous leur influence, les urines ne contiennent plus de pus.

Enfin, les urines recueillies pendant vingt minutes avant le dernier lavage présentent en urée 12 *grammes* à droite, 10 *grammes* à gauche (au litre). Il est vrai que le rein gauche donna un peu plus d'urine que le rein droit (10 c. c. à gauche, 6 c. c. à droite), le matin à dix heures, avant de déjeuner.

Le malade sort guéri le 25 août.

Cette observation mérite quelques considérations.

Je me garderai certes de faire une comparaison entre la pyélotomie et la néphrotomie. Je dirai seulement que, dans ce cas, le fait intéressant à retenir a été la possibilité, par l'incision du bassinet, d'extraire un calcul du calice supérieur. Encore faut-il ajouter que le bassin était légèrement dilaté.

Nous avons fait remarquer que le calcul se trouvait dans le coin de Bazy-Morand, situation qui, d'après les auteurs, aurait indiqué sa position dans le bassinet ; or, il n'en était rien ; cela, d'ailleurs, ne doit plus nous étonner. Raffin et Arcelin viennent, en effet, de montrer que la loi de Bazy-Morand était en défaut dans 80 0/0 des cas !

Enfin, il est un dernier point qui appelle notre attention, c'est le rétrécissement de l'uretère que nous avons constaté chez ce malade.

Si, comme le conseille Alharran et comme, d'ailleurs, nous voulions le faire, nous avions pratiqué avant l'intervention le cathétérisme de l'uretère chez ce malade, nous eussions connu l'existence de ce rétrécissement qu'il eût fallu traiter avant de songer à extraire le calcul, et la fistule lombaire n'aurait probablement pas existé ou tout au moins n'aurait pas duré un temps si long ; en effet, dès que le calibre de l'uretère fut à peu près rétabli, deux jours après la mise en place d'une sonde uretérale à demeure la fistule se tarissait.

Notons aussi en terminant l'heureuse influence des lavages du bassinet (nitr. d'arg. à 1 p. 500) qui très rapidement ont rendu aux urines leur limpidité normale. (1)

REVUE DE RADIOLOGIE

Diagnostic radiologique du Diverticule de l'Œsophage

Par M. le Docteur E. BONNIOT
Chef du Laboratoire de radiologie de l'Hôpital Broussais
et M. A. BIDEAUX
Externe du service

C'est diverticule « de pulsion » que, pour être précis, nous aurions dû dire ; mais, en réalité, ce sont les plus fréquents et à peu près les seuls décelables.

On sait, en effet, que les diverticules de l'œsophage se divisent en deux classes, différentes par leur siège, leur mécanisme et leur importance : les diverticules de *pulsion* et les diverticules de *traction*.

Il ne sera pas question ici de ces derniers, situés à la partie antéro-inférieure de l'œsophage au-dessous de la bifurcation de la trachée, ordinairement peu profonds et passant assez souvent inaperçus (ce sont quelquefois des trouvailles d'autopsie). Rappelons succinctement qu'ils reconnaissent généralement pour cause l'adhérence à la paroi antérieure de l'œsophage d'un ganglion suppuré ou sclérosé qui attire cette dernière en la déprimant ; ajoutons que le fond de ce diverticule est assez friable, d'où possibilité de perforation et d'accidents septiques de la plèvre, du péricarde, des bronches, etc.

Les diverticules de pulsion qui, seuls, vont nous occuper, se divisent eux-mêmes en deux espèces : les uns, siégeant tout à fait à l'entrée de l'œsophage au niveau de la base de la langue sur les parties latérales du cou, sont formés aux dépens des restes des arcs bronchiaux et sont incontestablement d'origine congénitale ; les autres, beaucoup plus fréquents, prennent naissance sur la paroi postérieure du conduit entre le pharynx et l'œsophage, au niveau de l'espace triangulaire situé au-dessous du constricteur inférieur du pharynx en un point où la paroi plus ou moins résistante, suivant les dispositions individuelles, se laisse facilement déprimer. Ces diverticules siègent donc assez haut, à peu près à la hauteur du cartilage cricoïde.

C'est l'observation d'un de ces derniers que nous allons maintenant rapporter.

Il s'agit d'un homme de 66 ans chez qui les premiers accidents de son affection remontent à quatre ans. A ce moment, il a commencé à ressentir des picotements au moment des repas, ainsi qu'une certaine gêne à la déglutition. Comme beaucoup de malades, il ramène l'origine de son mal à une cause extérieure sensationnelle (en l'espèce, la mort d'une fille récemment mariée). Cette dysphagie va s'accentuant de plus en plus et au bout d'un mois il a une très grande peine à avaler les aliments solides, les liquides, au contraire, passant relativement bien. Bientôt cette dysphagie s'accompagne de régurgitations qui, d'abord immédiates, les aliments étant rendus peu de temps après leur prise, deviennent progressivement *tardives* et surtout *électives* : le malade sentait réapparaître dans la cavité buccale des résidus d'aponévroses, de tendons provenant d'un repas pris la veille ou l'avant-veille. (Il en donne un exemple le jour même où nous le voyons, des pépins de raisin ingérés la veille au matin, c'est-à-dire vingt-quatre heures auparavant, sont retrouvés dans la bouche.) Cette régurtitation est *en partie soumise à l'action de la volonté*, car le malade la provoque en contractant ses muscles antérieurs du cou.

En même temps, s'établit une salivation très abondante ; le malade mouille des quantités de mouchoirs ; il ne se passe pas trois à cinq minutes sans qu'il soit obligé de rendre cette salive ; la nuit même cela le réveille. C'est un liquide filant, visqueux, semblable à du mucus, et il est vraisemblable qu'à de la salive véritable se mêle de la sécrétion œsophagienne.

Dès le début de ces symptômes, notre malade a consulté de très nombreux médecins : on a parlé de spasme œsophagien et épuisé sans succès toute la liste des antispasmodiques, bromure, valériane, etc... Chose plus grave, des spécialistes même très distingués ont pratiqué l'œsophagoscopie et des cathétérismes répétés pour combattre, à tort ou à raison, à tort suivant nous, un certain degré de spasme qui se surajoute généralement aux lésions œsophagiennes. Enfin, depuis quatre ans, l'état, loin de s'améliorer, empire de plus en plus ; le malade s'inanitie, la dysphagie s'accentue au point que les liquides mêmes ne passent qu'au prix de très grandes difficultés, le malade étant obligé de presser avec la main la surface antérieure du cou ; les régurgitations sont de plus en plus abondantes et *fétides* et c'est alors qu'il vient nous consulter.

Avant d'exposer la technique radiologique qui nous a permis d'arriver au diagnostic, il convient de décrire rapidement les méthodes qui, à notre connaissance, ont été employées jusqu'à ce jour dans la recherche des diverticules de l'œsophage.

La première observation en date, de ce genre,

(1) Société de chirurgie de Toulouse.

est celle de Blum (1). Cet auteur mettait en évidence le diverticule en employant simultanément deux sondes, l'une creuse, terminée par une poire en caoutchouc, qui pénétrait dans la poche diverticulaire et qu'on remplissait ensuite de liquide bismuthé, l'autre métallique, rigide, qui pénétrait dans le conduit œsophagien ; on voit d'emblée la complication de cette méthode et combien elle se prête peu à un usage courant.

La question a été reprise par Holzknecht dans son *Traité du diagnostic radiologique des maladies du thorax* (2).

Holzknecht, avec la finesse d'observation qui caractérise ses travaux, a remarqué qu'un cachet de bismuth ingéré ne se comportait pas de la même façon en cas de rétrécissement ou en cas de diverticule de l'œsophage. Dans le cas de rétrécissement, après une série d'ascensions et de descentes dues aux mouvements péristaltiques et antipéristaltiques de l'organe, le cachet revient toujours à son point d'arrêt initial, puis s'étire, s'effile et disparaît ensuite brusquement. Au contraire, s'il s'agit d'un diverticule, le cachet présente bien également des migrations dues au péristaltisme, mais il disparaît à un niveau supérieur à celui auquel il était primitivement arrêté.

A cette méthode qui demande une observation très minutieuse, nous ferons une petite objection : c'est qu'il ne nous semble pas que lorsqu'il s'agit de diverticule, soit que la musculature de la poche ait moins de force, soit pour toute autre raison, les mouvements antipéristaltiques se montrent aussi constants. L'un de nous a déjà eu l'occasion d'examiner précédemment un autre cas, superposable à celui qui fait l'objet de cette note, et pas plus que dans l'exemple actuel il n'a constaté de mouvements antipéristaltiques du cachet de bismuth.

Enfin, Dufour a publié (3) avec la collaboration de notre collègue Haret l'observation d'un malade à peu près de l'âge du nôtre et chez lequel, après l'ingestion et l'arrêt dans une poche diverticulaire d'un premier cachet, un second cachet venait se placer non au-dessus, mais à côté de l'autre, retenu lui-même dans cette position par le rétrécissement spasmodique du conduit œsophagien qui accompagne souvent la lésion qui nous occupe.

Revenons à notre malade. Bien que soupçonnant d'après les symptômes cliniques que nous pourrions être en présence d'un diverticule, nous avons commencé par pratiquer l'exploration méthodique de l'œsophage telle que l'a indiquée M. Béclère, il y a déjà longtemps, dans le but d'apprécier l'existence et le degré d'un rétrécissement.

Nous avons donc commencé par faire absorber au malade un peu de lait de bismuth, le cachet ne venant qu'en second lieu. Nous tenions d'autant plus à observer scrupuleusement cette méthode que nous nous souvenions des mécomptes rapportés ici même dans des faits où l'inversion du procédé, c'est-à-dire cachet d'abord, lait ensuite, avait provoqué chez les individus porteurs de fistules trachéo-œsophagiennes de la suffocation ou même de l'asphyxie mortelle.

Nous plaçâmes donc le malade dans la position de choix, c'est-à-dire oblique postérieure gauche.

L'épreuve du lait bismuthé ne nous donna rien de bien net, la plus grande partie en étant probablement passée dans l'estomac. Mais un cachet donné ensuite fut arrêté dans une région de l'œsophage située à la base du cou un peu au-dessus de la fourchette sternale et correspondant précisément au lieu d'élection des diverticules de pulsion. Ce cachet demeura immobile à cet endroit sans subir aucun mouvement d'ascension ni de descente. Un second cachet administré après vint se placer au-dessus du premier, se confondre avec lui et grossir l'opacité obtenue. Nous fîmes alors avaler au sujet une boulette de mie de pain à peine mâchée pour essayer d'entraîner les deux cachets : rien ne bougea.

C'est alors que, pensant de plus en plus à l'existence d'un diverticule, nous fîmes absorber un nouveau lait de bismuth : et grande fut notre surprise de voir l'ombre linéaire produite par cet écoulement bismuthé se dessiner, en avant de la tache opaque piriforme, à grosse extrémité inférieure, de la dimension maintenant d'une grosse noix, obtenue auparavant. Nous réalisions donc ainsi par des moyens plus simples la démonstration de Blum ; la poire en caoutchouc remplie de bismuth était remplacée par les cachets et la bouillie comblant le diverticule et le cathéter rigide par le filet liquide bismuthé.

Nous devons ajouter que malgré le notable degré de gêne que causait à notre malade la présence du bismuth dans sa poche diverticulaire, il a été très surpris d'avaler avec facilité son dernier lait qui passa beaucoup mieux que le premier. Cela tient sans doute à une disposition anatomique qui est la suivante. Au seuil du diverticule, l'éperon formé par rencontre de la paroi antéro-inférieure de ce dernier avec la paroi postérieure de l'œsophage est constitué par un repli de muqueuse très mou, vasculaire et à peine doublé à ce niveau par un peu de muscularis mucosae. Quand le diverticule est à l'état de vacuité, cette sorte de clapet fait saillie plus ou moins dans la lumière de l'œsophage et obture en partie celui-ci. Mais quand la poche se remplit, il est loisible de penser que la distension du cul-de-sac sous l'influence de la pesanteur redresse le clapet et augmente d'autant le calibre de l'œsophage.

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, le fait de la constatation simultanée d'une poche fixe d'une part, et, à côté d'elle, d'un écoulement liquide de l'autre, nous paraît mettre hors de doute l'existence d'un diverticule œsophagien.

Cette recherche est loin d'être dénuée d'intérêt, d'abord en elle-même. Souvent en clinique, comme on dit, on ne trouve que ce que l'on cherche, et il s'agit ici d'une lésion qui, signalée un peu partout depuis quelques années, nous semble loin d'être rare.

En outre, pour le malade lui-même, il peut y avoir un intérêt de premier ordre à dépister un diverticule même au début, afin de pouvoir aiguiller un traitement rationnel. On lui conseillera de ne pas s'attarder à des moyens palliatifs trop souvent préconisés et qui sont loin d'être sans danger, nous voulons parler des différents modes de cathétérisme et de l'œsophagoscopie ; et si son infirmité devient trop insupportable, risquant de l'inanitier et de le cachectiser, on l'engagera à se mettre entre les mains d'un chirurgien qui procédera à l'extirpation de la poche (1).

(1) Blum, Zur Diagnose der Œsophagusdivertikel. *Wiener klinische Wochenschrift*, 15 mars 1900.

(2) Holzknecht, *Die radiologische Diagnostik der Erkrankungen der Brusteingeweide*, Hambourg, 1901.

(3) Dufour, *Société médicale des hopitaux*, séance du 5 décembre 1902.

(1) Soc. de Radiol. Médic. de Paris.

CARNET DU PRATICIEN

Gingivite de la gestation

Après nettoyage des dents, badigeonner légèrement les gencives avec la solution suivante :

Alcoolature de cochlearia... ...	20 grammes.
Hydrate de chloral	—

Renouveler ces badigeonnages aussi longtemps que l'on constatera de la turgescence ou de l'hémorragie.

Traitement du lichen plan

1) Prescrire une préparation arsénicale, sauf dans les cas aigus. On ordonnera de la liqueur de Fowler ou de la liqueur de Boudin, ou encore on pratiquera des injections sous-cutanées de cacodylate de soude, ou d'arrhénal.

2) Contre le prurit, on prescrira :

Extrait fluide de valériane.....	40 gr.
Sirop de menthe..............	} àà 15 gr.
Teinture de valériane.........	}
Sirop simple..................	30 gr.

Recommander l'hydrothérapie tiède, douches en pluie et de faible pression.

4) Localement, prescrire l'application de glycérolé tartrique de Vidal à 1 p. 30, de pommade à l'acide salicylique à 1 p. 50, ou les préparations hydrargyriques : pommade au calomel à 1 p. 20, à l'oxyde jaune d'Hg. à 1 p. 30 ou, si les lésions sont limitées, l'emplâtre de Vigo.

Ou peut encore ordonner la pommade suivante :

Acide phénique..............	1 gramme
Acide salicylique............	2 —
Acide tartrique..............	3 —
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre..............	74 —

à mettre pendant la nuit.

On encore, pratiquer des applications durant un quart d'heure chaque jour d'une compresse imbibée d'une solution forte de permanganate de potasse.

Dans le lichen plan corné, employer les emplâtres, les applications de teinture d'iode ou mieux les badigeonnages au crayon de nitrate d'argent renouvelés tous les 3 ou 4 jours.

Contre le lichen des muqueuses, prescrire les lavages émollients à la guimauve, et les attouchements au permanganate de potasse au centième, ou à la liqueur de Van Swieten.

On peut aussi utiliser les bains d'émulsion d'huile de cade (50 à 100 grammes d'huile de cade par bain, un bain tous les deux jours).

Dans le traitement du lichen, surtout dans les cas très prurigineux, l'emploi des courants de haute fréquence a une action très favorable.

Dans les cas de lichen corné, la radiothérapie peut être conseillée ; elle permet assez rapidement d'obtenir l'affaissement de placards verruqueux.

Wickham et Degrais ont obtenu aussi de bons résultats par l'emploi du radium.

Alopécie après la fièvre typhoïde, érysipèle etc.

Chloroforme..................	4 grammes
Huile de ricin................	4 —
Teinture de benjoin.........	4 —
Goudron......................	0 gr. 40
Alcool à 60°.................	200 grammes

(Gaucher)

ou :

Liqueur d'Hoffmann.........	250 grammes
Ammoniaque liquide.........	4 —
Chlorhydrate de pilocarpine.	0 gr. 50
Eau distillée................	20 grammes
Alcoolat de lavande.........	25 —

(Sabouraud)

Angine ulcéreuse de Vincent.

Toucher une fois par jour l'ulcération avec du bleu de méthylène en poudre ou en solution forte.

Traitement de la fièvre typhoïde par la teinture d'iode

Présence :

Teinture d'iode.......	XX à XXV gouttes
Iodure de potassium..	0 gr. 01 centigr.
Eau..................	150 grammes

A prendre durant les vingt-quatre heures. Ce traitement ne dispense nullement de recourir aux autres médications qui doivent être instituées simultanément suivant les indications.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 21.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. Zante.

VARIÉTÉ

L'hygiène et la sécurité des travailleurs

Le Ministre du travail vient d'adresser au Président de la République son rapport sur l'application, pendant l'année 1911, de la loi concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs. Les dispositions de cette loi sont applicables aux établissements industriels et commerciaux qui occupent du personnel, à l'exception des mines et carrières et des entreprises de transport.

D'après les rapports des inspecteurs du travail, ces établissements seraient actuellement au nombre de 497.226 occupant ensemble un personnel de 4.174.256 ouvriers et employés.

En 1910, le nombre de ces établissements soumis au contrôle des inspecteurs du travail avait été évalué à 518.821, ce qui donnerait, pour 1911, une diminution de 21.595. Mais cette diminution paraît résulter d'un recensement plus exact des exploitations soumises à la loi.

Pour avoir le total des entreprises dont le personnel bénéficie de la protection de la loi de 1892-1903, il faut ajouter à ces établissements visités par les inspecteurs du travail :

1° Les établissements annexes des mines et carrières, qui n'en sont pas dépendances légales et ne sont pas soumis à la police des mines, et dans lesquels l'application de la loi de 1893 est assurée par les ingénieurs des mines ; ces établissements étaient, en 1911, au nombre de 422 occupant 9.598 personnes ;

2° Les établissements de la guerre et de la marine, dans lesquels le contrôle de l'exécution de la loi est exclusivement confié à des agents désignés à cet effet par le ministre de la guerre et par le ministre de la marine ; ces établissements étaient, en 1911, au nombre de 72 environ occupant 40.000 personnes.

On peut donc, au total, évaluer à 498.000, pour 1911, le nombre des établissements visés par la loi, et à 4.224.000 le nombre des ouvriers et employés qu'elle protège.

La partie la plus intéressante de ce rapport est celle relative aux accidents du travail.

Le nombre des accidents déclarés ayant entraîné une incapacité de travail de plus de quatre jours fut, l'an dernier, de 534.650, en augmentation de 68.556 ou de 14.7 0/0 sur le chiffre de l'année 1910. L'augmentation ne s'explique pas suffisamment par l'accroissement du personnel. La proportion d'accidents par 1.000 ouvriers s'est, en effet, accrue sensiblement (99 0/00 en 1911 au lieu de 87 0/00 en 1910), surtout en ce qui concerne les accidents ayant entraîné une incapacité temporaire.

Les 534.650 accidents déclarés l'an dernier se répartissent ainsi : mortels 2.436, incapacité permanente 5.967, incapacité temporaire de plus de quatre jours 520.626, suite inconnue 5.261.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Académie de médecine.

Au cours de sa dernière séance, l'Académie de médecine a reçu, transmis par le ministre de l'Intérieur : 1° L'ampliation d'un décret en date du 11 décembre 1911, portant modifications au règlement d'administration publique du 26 juin 1911 relatif à la création de stations hydrominérales et climatiques ;

2° Des pièces complémentaires relatives à la demande précédemment faite par la commune de Palavas (Hérault), en vue de sa reconnaissance en station climatique ;

3° Une demande de la commune de Quiberon, pour l'érection de cette localité en station climatique ;

4° Une demande d'autorisation pour une source dite « Delors », située à Lardenne, commune de Toulouse.

Ces diverses pièces on demandes ont été transmises, pour examens, à la Commission permanente des eaux minérales.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le rhumatisme blennorragique, (*consultations médicales françaises*, par le Dr Félix RAMOND. — A. Poinat, Paris.

Beiträge zur Klinick der Infectionskrankheiten und zur Immunitätsforschung (*1er numero*). Verlag von Curt Kabitzsch, Wu zburg.

Manuel pratique de kinésithérapie, fascicule II : H. STAPFER. *Gynécologie.* — Librairie Félix Alcan.

Le volume *Gynécologie* qui vient de paraître à la Librairie Alcan, fait partie d'un *Manuel* de Kinésithérapie qui se complète pour les multiples branches de cette science par la publication successive de divers fascicules (Wetterwald, Mesnard Rosenthal, Hirchsberg, Durey, Zander, Leroy). La *Gynécologie* est l'œuvre de Stapfer. Depuis le Traité de 1897 aucun livre complet n'avait été publié sur le sujet. L'auteur y résume une pratique de vingt ans qui a confirmé toutes ses espérances du début. Tout en s'attachant à la méthode originelle qu'il considère comme supérieure, il ne néglige point les autres pour les louer ou les blâmer.

L'alimentation rationnelle du nourrisson par le Dr TERRIEN. — A. Poinat, Paris.

Atlas pour l'etude clinique de la trachéo-bronchoscopie, d'après KILLIAN, par MANN. — Doin, Paris.

Très bel ouvrage orné de magnifiques planches en couleurs. On doit en féliciter l'auteur, le Dr Mann, le célèbre oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital municipal de Dresden-Friedrichstadt.

ÉCHOS

La diminution de la natalité en Allemagne.

Dans un article publié par la *National Zeitung*, de Berlin, le Dr Julian expose de la manière suivante les principales causes de la diminution de la natalité en Allemagne.

Ces causes, écrit-il, sont d'ordre social et pathologique. Ce sont les maladies secrètes, l'alcoolisme et la mortalité infantile. Rien que par les unions stériles, l'Allemagne subit une perte annuelle de 22.000 enfants ; 48 % de ces unions stériles sont la conséquence de maladies secrètes.

Mouches dans la transmission des maladies.

Le *Journal de pharmacie et de chimie* nous montre que le rôle des mouches dans la propagation des maladies, rôle dont on se préoccupe beaucoup aujourd'hui, paraît avoir été soupçonné, sinon connu, des anciens. C'est, du moins, ce qui ressort du passage suivant de Pline l'Ancien :

Invocant et Elei Myiagron deum, muscarum multitudine pestilentiam adferente quae protinus intereunt, quum litatum est ei deo.

« Les Eléens invoquent le dieu Myiagre lorsque la multitude des mouches apporte des maladies contagieuses ; elles meurent aussitôt qu'on a sacrifié à ce dieu. »

Le dieu Myiagre était certainement une divité créée spécialement, car le mot grec μυιαγρος signifie *preneur de mouches.*

Le nombre d'individus paralysés à la suite de l'avarie et devenus par ce fait même incapables de procréer, s'accroît continuellement. Rien qu'en Prusse, on comptait, en 1907, 2.399 de ces paralytiques admis dans les hôpitaux.

L'alcoolisme chronique — et l'on compte en Allemagne plus de 300.000 ivrognes invétérés — produit à peu près les mêmes conséquences ou du moins provoque la dégénérescence chez les descendants.

Quant à la mortalité infantile, elle augmente dans certains centres dans des proportions effrayantes. L'année dernière, on a enregistré, dans la seule Bavière, 46.665 décès d'enfants de moins d'un an.

Le *Tag* (de Berlin), indépendant, sous la signature du professeur Lotz, se plaint :

« Il est déplorable que tant de fonctionnaires ne se marient pas, et que sur 300 d'entre eux appartenant à une certaine catégorie, 10 seulement, soit 33 pour mille, aient plus de deux enfants. Pour mettre un terme à cet état de choses, il faudrait donner un traitement supérieur aux fonctionnaires mariés.

La *Deutsche Tageszeitung* (de Berlin), agrarien, s inquiète :

Le nombre des procès pour manœuvres criminelles augmente chaque jour. Les journaux reproduisent imprudemment des annonces recommandant certains remèdes ou moyens préventifs de la maternité.

Les prospectus vantant ces méthodes ou les recommandant sont maintenant très sévèrement punis, les tribunaux les considérant comme des offenses pour ceux auxquels ils sont envoyés.

Il faudrait encore aggraver les châtiments contre ce genre de crimes, bien que cela ne doive servir de rien : le peuple allemand est, en effet, trop instruit aujourd'hui de toutes ces méthodes.

La *Gazette de l'Allemagne du Nord* de Berlin, officieux, fait remarquer :

La Saxe nous offre des chiffres particulièrement caractéristiques. De 1876 à 1880, la proportion des naissances était encore, dans ce royaume, de 43,5 pour 1.000. En 1908, elle s'est abaissée à 29.8.

Fait intéressant, c'est dans les provinces où l'on compte le plus de socialistes que l'on enregistre le moins de naissances. Par contre, la natalité est la plus forte dans les contrées strictement catholiques.

Le corset guérisseur.

On ne voit pas fréquemment la Faculté défendre le corset. C'est cependant ce que viennent de faire deux médecins de Berlin ; les professeurs Félix Hirschfeld et Adolphe Lœwy. Ils se font les champions de l'instrument dont on a tant médit : le corset, d'après eux, possède les plus grandes vertus thérapeutiques ; il combat et guérit les maladies de poitrine. Il est vrai qu'on devra le recommander seulement pour un certain type de maladie que les savants professeurs nomment la paralysie du thorax. On l'observe chez les femmes qui ont la poitrine longue et étroite. En ce cas la compression du corset produit les effets les plus heureux, elle active la respiration, elle force les sommets des poumons à une gymnastique salutaire. Cette opinion est basée sur les observations les plus savantes et sur des examens nombreux pratiqués à l'aide des rayons Rœntgen sur toutes les variétés de poitrines féminines. Voilà donc le corset réhabilité ; pour vouloir paraître sveltes, les femmes auront maintenant l'excuse de suivre un traitement imposé par la Faculté et celles qui n'y parviendront pas pourront, en contemplant jalousement la taille de guêpe de quelques-unes de leurs contemporaines, dire qu'elles sont atteintes assurément de la paralysie du thorax révélée par les savants professeurs Félix Hirschfeld et Adolphe Lœwy, de Berlin.

Il est permis de se demander si l'action du corset qui détermine un hyperfonctionnement des sommets des poumons est favorable chez les nombreuses personnes qui ont déjà des localisations tuberculeuses dans ces régions. *Adhuc sub judice lis est.*

La dentisterie en Russie.

Environ 200 personnes sont appelées devant les Tribunaux, à Moscou, pour exercice illégal de l'art dentaire. Chacun sait que tomber entre les mains d'un mauvais dentiste est une effrayante calamité. Le gouvernement russe, qui est un gouvernement paternel, s'est aperçu du fait en 1900. Une loi a été promulguée interdisant aux personnes qui n'étaient pas dûment qualifiées pour le faire d'exercer l'art dentaire et d'apposer des plaques indicatrices sur leurs portes. C'était une excellente disposition mais la Russie est bien le pays le plus corrompu de l'univers, et les règlements nouveaux ouvrirent tout simplement le chemin de la fortune aux petits fonctionnaires. Pour des sommes variant entre 625 et 2,500 francs, ils vendirent des diplômes à des personnes n'y ayant aucun droit. La plupart de leurs clients étaient des Juifs qui n'avaient pas la moindre intention d'exercer l'art dentaire, mais qui désiraient acheter le titre officiel de dentiste afin de pouvoir vivre en dehors de leur tribu. La police a maintenant foncé sur les acheteurs et les vendeurs de diplômes, et 235 d'entre eux sont mis en accusation devant la Cour de Moscou.



84e Année (Série XIIIe) — N° 182 — Le Numéro : 25 Centimes — Mercredi 22 Janvier 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 22 Janvier 1913

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la Gazette Médicale de Paris, *sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs d'articles inédits qu'elle aura publiés, mettra désormais à leur disposition un tirage à part de 50 exemplaires.*

ÉCHOS

Naissance.

Nous sommes heureux d'apprendre la naissance de la jeune Yvonne, fille de M. J.-L. Chatelain le distingué chimiste bien connu à qui est due la découverte de l'Urodonal.

Note administrative.

L'extension progressive de tous nos services vient de nous obliger de prendre pour la *Gazette* une seconde ligne téléphonique. Les deux numéros du journal sont désormais Wagram 73-40 et Wagram 98-05.

Nos nouveaux bâtiments sont terminés et plus de 50 employés se trouvent maintenant à l'aise dans des locaux très vastes et somptueusement installés.

Une élection.

Nous saluons avec plaisir l'élection de notre éminent ami M. le Dr Reymond, comme secrétaire du bureau du Sénat. Nous lui adressons les sincères félicitations de la *Gazette* avec l'espoir de le voir de nouveau publier ici comme les années précédentes des Mémoires qui furent lus avec beaucoup d'intérêt et reproduits par beaucoup de journaux.

EN AMÉRIQUE

Comment on guérit la malice des Femmes

Dans le Rio Colorado, dit M. Jean Barès, un des locataires de ma propriété de Pichi-Mahuida (Petite montagne) était très travailleur et voyait son troupeau de moutons augmenter avec rapidité, ainsi que le produit de la laine. Aussi, son commissionnaire lui ayant annoncé qu'après vente de ses produits une somme assez rondelette restait à sa disposition, laissa-t-il son troupeau à la garde d'un domestique et s'en fut-il passer quelques jours à Bahia-Blanca, avec sa femme.

Or, cette dernière se trouva très bien du séjour de la ville, qui la déchargeait de tous les soins du ménage et lui donnait tout le temps qu'elle voulait pour voir les couturières, faire d'amples commérages et assister au théâtre. Aussi, ne revint-elle au bord du Rio Colorado, où se trouvait leur maison, qu'avec le cœur serré et ne se remit-elle à ses travaux antérieurs qu'avec une contrariété de tous les instants.

Elle n'aimait plus à travailler au jardin, ni à tendre dans la luzernière les lacets auxquels venaient se faire prendre les perdrix à aigrette. Elle n'aimait pas davantage à placer sur le Rio Colorado les lignes auxquelles de belles truites venaient s'amorcer. Enfin, sa cuisine était mauvaise, ses coutures étaient abandonnées et elle passait dans son lit une vie languissante.

Ayant observé ce prodigieux changement, son mari lui en demanda la cause, et elle répondit qu'elle ne la connaissait pas elle-même, mais qu'elle pensait que le changement d'air, que le séjour de Bahia-Blanca, où elle avait vécu si heureuse, lui serait profitable. Elle partit donc pour Bahia-Blanca, où, pendant deux ans, elle se porta à merveille, grâce à l'air de la ville qui combat la tristesse.

Or, si elle se portait mieux, grâce à ce séjour en ville qui était très coûteux, les affaires de son mari n'étaient pas dans la même situation, et son correspondant lui écrivait qu'il ne pouvait plus faire face aux dépenses que sa femme faisait en ville. Le mari écrivit donc à cette dernière de revenir à la campagne, tant qu'ils n'auraient pas de l'argent à dépenser en ville, et elle revint au foyer, où la tristesse ne tarda point à la reprendre. Elle ne faisait que gémir, que se plaindre de l'air des champs qu'elle ne pouvait supporter, étant d'un tempérament trop délicat pour cela.

Le mari se plaignait de la chose à tout le monde, lorsqu'un rebouteur des environs, un nommé Georges Jerdeu, lui offrit de guérir sa femme contre un don de 50 brebis. L'affaire ayant été convenue, Jerdeu restait dans la maison, et, le lendemain matin, au point du jour, il conduisait la malade au sommet d'une roche qui surplombait le Rio Colorado, et après lui avoir fermé un *lasso* sous les bras, il la poussait brusquement dans le gouffre tourbillonnant qui se trouvait au pied.

Tombant dans le vide et plongeant dans ce gouffre sans fond, la pauvre femme laissait évanouir toutes ses malices. Aussi, lorsqu'à l'aide du lasso qui la tenait enchaînée, on la remonta sur la roche, n'avait-elle plus qu'une partie de ses caprices.

En présence de cet heureux résultat, le malin Jerdeu prétendit qu'il fallait tous les jours, et de bien grand matin, continuer le remède jusqu'à complète guérison, et, malgré l'avis de la malade, qui prétendait qu'il valait mieux voir dans quelques jours le résultat produit, les deux jours suivants on recommençait l'opération et on décidait de continuer. Aussi, le quatrième jour, lorsque l'aube allait poindre et qu'on vint dire à la malade de se préparer pour l'obligatoire plongeon de chaque jour, se déclara-t-elle complètement guérie et entièrement capable d'entreprendre à nouveau le travail du ménage.

Son mari remit à Jerdeu les 50 brebis qu'il lui devait pour cette radicale guérison, et depuis, il disait à ses voisins : « Les médecins de Bahia-Blanca m'ont fait dépenser la valeur de 5.000 moutons pour rendre malade une femme partie très saine de la Pampa ; au contraire, Jerdeu, pour 50 brebis, a radicalement guéri cette malade pour laquelle ils n'avaient pas de remède. »

Le Baron Desgenettes

Le baron Desgenettes (1762-1837), qui tint une place si considérable au point de vue médical dans les guerres de l'Empire, place comparable à celle occupée par Larrey, était très apprécié de Bonaparte, à l'égard duquel il gardait cependant toute son indépendance.

De cette indépendance, voici une preuve que nous rapporte son dernier biographe, M. Gazel.

C'était peu après le retour de Syrie en Egypte, à la première séance de l'Institut, après la rentrée au Caire (11 messidor : 20 juin), surgit entre le général et le médecin une discussion très vive. Martin, l'un des membres de la Commission des Sciences, la rapporte en ces termes : « Bonaparte voulait dominer les opinions et s'étonnait de la résistance qu'on apportait quelquefois à adopter les siennes. Son adversaire le plus opiniâtre était le médecin en chef Desgenettes, et il s'agissait d'une discussion chimique. Bonaparte, impatienté, la termina en disant : « Je vois bien que vous vous tenez tous par la main. La chimie est la cuisine de la médecine et celle-ci, la science des assassins ». Desgenettes, le regardant alors fixement, lui répondit : « Et comment nous définirez-vous celle des conquérants ? »

En réalité, la discussion alla plus loin que cette courte répartie et il semble bien qu'elle prit naissance à propos d'un sujet plus sérieux qu'une simple question de chimie. Le Dr Triaire, bien informé, rapporte que le différend s'éleva dans un échange de vues sur la conduite à tenir pour mettre l'armée en garde contre la peste, le général voulant toujours cacher le nom de la maladie, le médecin assurant, au contraire, qu'il valait mieux adopter une méthode différente de celle qu'il avait préconisée en Syrie. Les circonstances, en effet, n'étaient plus les mêmes.

Toujours est-il qu'après une apostrophe véhémente, qui fit trembler tous les assistants, effrayés de son audace, Desgenettes termina par ces mots : « Mon existence à laquelle on a pu voir que je ne tenais pas beaucoup, ne peut être désormais compromise, et je me refugie dans la reconnaissance de l'armée ».

Quoi qu'on en ait pu dire, c'était faire preuve d'une assez belle indépendance de caractère envers celui devant lequel tant d'autres osaient à peine exprimer leur sentiment. Bonaparte, qui avait su apprécier le talent de son médecin et tenait à le conserver, eut le bon esprit de ne pas sembler attacher d'importance à l'incident, mais peut-être ne l'oublia-t-il pas tant que Desgenettes pourrait le laisser croire quand il dit : « Le premier Consul ne parut pas s'en souvenir et de grands témoignages de confiance ont prouvé que l'Empereur l'avait oublié.

Une autre fois, c'était pendant la campagne de Russie.

Pendant le séjour de l'armée à Moscou, on cite de lui ce trait : Napoléon ayant entrepris d'évacuer, pour le transformer en caserne, un hospice d'enfants trouvés, Desgenettes, plus humain que flatteur, lui aurait demandé : « Voulez-vous donc imiter Hérode et renouveler le massacre des Innocents ? » Ce mot, simple boutade sans importance, prouverait cependant, s'il est exact, que le médecin avait, comme autrefois envers le général, gardé devant l'Empereur une certaine indépendance de langage.

Bizares remèdes populaires

Ceux que nous citons ici ne mériteraient pas d'être signalés s'ils n'avaient cette particularité d'être modernes et d'être conseillés dans la correspondance d'un journal de modes où ils ont été recueillis par M. le Dr Gabriault, qui les publie dans le *Journal scientifique de Poitiers*.

Appelé un soir auprès d'une malade souffrant de coliques, un de nos confrères la trouva le ventre garni d'une omelette très chaude, cataplasme d'un nouveau genre, sans doute, mais nous n'avons pu savoir — ce qui pourtant eût été intéressant — si l'action locale terminée, la malade n'était pas tenue de manger l'omelette pour compléter l'efficacité de ce remède.

Contre la fièvre, une correspondante du journal de modes, qui craint, bien à tort, que son remède ne nous porte à rire, conseille de prendre la pellicule blanche qui se trouve dans l'œuf cru, entre l'œuf proprement dit et la coquille, d'en envelopper le petit doigt et de maintenir le tout avec un petit linge ; ce remède produit, assure-t-elle, des effets merveilleux.

Pour se préserver du mal de dents, il suffit d'embrasser un nouveau-né avant qu'on l'ait lavé et débarbouillé. Ce n'est peut-être pas très appétissant, mais c'est souverain.

Enfin, les femmes atteintes d'abaissement ou de chute complète de l'utérus n'ont nul besoin de pessaires, toujours gênants et qui, d'ailleurs, ne font que maintenir l'utérus en place sans rendre aux ligaments la tonicité qui leur manque. Elles ont un moyen simple et infaillible d'obtenir pour leurs organes génitaux une *restitutio ad integrum*. Il leur suffira de saupoudrer avec 0 fr. 10 d'encens en poudre et une égale quantité de myrrhe en poudre et bien mélangées un tampon d'ouate imbibé d'alcool et le soir en se couchant de l'appliquer... sur le nombril (?) où l'ouate doit être maintenue toute la nuit avec la main. Le tampon sèche et se colle. Il ne faut pas l'enlever, car il doit tomber seul au bout de deux ou trois jours. Si pour une cause quelconque, il venait à tomber avant ce délai, il faut recommencer l'opération. La correspondante garantit le succès.

L'OIE FAIT PEUR

Trois mille oies expédiées de Russie en Allemagne ont été retenues à la station de Mislowitz et placées sous la surveillance de la police. On soupçonne les pauvres bêtes d'être atteintes du choléra.

Au temps des Romains défendant le Capitole, les oies étaient moins redoutées.


Fig. 1. — Tumeur péno-scrotale (vue de face).

Lymphangiome péno-scrotal

Mesurant 80 centimètres de circonférence à la racine des bourses et 18 centimètres de circonférence au pénis

GÉNITOPLASTIE MASCULINE EXTERNE

Par les Docteurs René BONAMY et DARTIGUES, de Paris

Nous venons vous rapporter l'observation et vous exposer le traitement chirurgical d'un malade que l'un de nous a eu l'honneur de vous présenter dans une précédente séance.

Il s'agissait d'un homme ayant un développement colossal de ses bourses et de son pénis qui avaient pris un aspect éléphantiasique. Les examens, faits par Leredde qui niait toute syphilis et ceux de Milian et de Caillau qui firent des biopsies, montrèrent que la tumeur était un lymphangiome.

Quelques-uns d'entre vous, consultés, pensèrent qu'il y aurait très probablement lieu de se résoudre à une émasculation totale.

Nous avons pensé, bien que le malade consentît à la suppression totale, qu'il y avait peut-être lieu de tenter un traitement conservateur.

Le malade est en voie de guérison et vous sera présenté à nouveau.

Voici l'observation, suivie du résumé de la technique opératoire que nous avons improvisée et qui, croyons-nous, n'a jamais été tentée avant nous.

Nous donnons à cette opération consistant à faire une réfection des bourses et un nouveau fourreau à la verge décortiquée le nom de : *génitoplastie masculine externe.*

Observation. — M. A..., âgé de 51 ans, cocher de fiacre, entré à l'hôpital Gouin le 25 mars 1912.

Antécédents héréditaires. — Mère âgée de 73 ans, bien portante. Père mort à 63 ans, d'un érysipèle ; ni frères ni sœurs.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade.

Une blennorragie au régiment, deux ans après oreillons et orchite gauche. Marié à 28 ans, deux enfants dont l'un est mort en bas âge, de méningite; l'autre a 13 ans et jouit d'une bonne santé.

N'a jamais été aux colonies, n'a jamais quitté la France.

Histoire de la maladie. — Il y a six ans, en 1906, le malade s'aperçoit que la partie gauche du scrotum augmente de volume dans son ensemble. Cette tuméfaction est indolore, le malade porte un suspensoir et vaque à ses occupations. Un médecin consulté porte le diagnostic de varicocèle. Vers la fin de 1906 la peau du scrotum, épaissie, se couvre de papules verruqueuses de la grosseur d'un grain de chènevis, laissant échapper un liquide trouble et légèrement visqueux.

Pendant dix-huit mois, pas de modifications des lésions, le malade ne souffre pas. La verge et la partie droite du scrotum sont indemnes, la tumeur gauche ayant le volume du poing.

Vers 1908, les lésions s'étendent à la partie droite du scrotum qui, au bout de trois ou quatre mois, atteint le volume du côté gauche et présente également les mêmes papules suintantes.

La verge est toujours intacte.

Jusqu'en 1910, pendant deux ans, le scrotum augmente progressivement de volume jusqu'à acquérir, dans les premiers mois de 1911, le volume d'une tête d'adulte.

A ce moment, la verge commence à se déformer, se laissant envahir par le processus morbide, elle diminue de longueur en même temps qu'elle augmente de volume et la peau se couvre de papules analogues à celles du scrotum.

Le malade avait eu des rapports avec sa femme jusqu'à ce moment, la verge étant restée intacte comme volume et sensibilité.

A partir de ce moment, tout rapport sexuel lui est impossible.

En même temps, la tumeur scrotale augmente très rapidement de volume et atteint en quelques semaines l'état où elle se trouve quand le malade entre à l'hôpital. Le volume de la verge a augmenté avec la même rapidité. Les sécrétions diminuent au niveau des saillies verruqueuses qui s'aplatissent.

Jamais le malade n'a accusé de douleur à la palpation, il n'éprouve qu'une simple lourdeur et gêne pendant la marche.

La miction a toujours été normale. Cependant, depuis quelque


Fig. 2. — Tumeur péno-scrotale (vue de côté).



Fig. 3. — La tumeur péno-scrotale enlevée par décortication. (La sonde indique l'extrémité du fourreau de la verge). L'épaisseur de la tumeur au niveau des bourses est de 6 ou 7 centimètres.

temps le malade ne peut émettre un véritable jet d'urine; l'urine s'écoule péniblement du méat obstrué par les masses champignonneuses de la tumeur.

A son entrée à l'hôpital, le 25 mars 1912, le malade est un homme de 51 ans, vigoureux, pléthorique, polysarcique, son poids est de 108 kilogrammes.

Il ne se plaint d'aucune douleur particulière, seul le volume de sa tumeur péno-scrotale le gêne et l'ennuie. Il ne peut plus se livrer à aucun travail actif et réclame une intervention chirurgicale quelconque pouvant le débarrasser de son infirmité.

A l'abdomen surchargé de graisse qui retombe en replis, est appendue au-dessous du pubis une énorme tumeur constituée par le pénis et le scrotum que l'on a peine à reconnaître au premier coup d'œil.

Cette tumeur, énorme molluscum pendulum, est de fait comme pédiculée au-dessous du pubis; elle descend en s'évasant jusqu'à mi-cuisse, grosse comme deux têtes d'adulte, son pédicule ayant 80 centimètres de circonférence. Les parties latérales de cette masse constituée par le scrotum, se continuent en haut vers le canal inguinal, avec la peau de la région de l'aine.

On pourrait croire qu'il s'agit là de deux énormes hernies inguinoscrotales. Mais l'examen minutieux des anneaux inguinaux ne révèle aucune trace de hernie.

La peau de ce scrotum est semée de papillomes, rosés, mous, violacés, très confluents, donnant à toute la tumeur un aspect mûriforme, leur grosseur variant de celle d'un petit pois à celle d'un haricot à la partie antérieure et médiane; de cette masse scrotale pend la verge en arc de cercle à concavité dirigée en bas et arrière, présentant l'aspect d'une grosse banane recouverte d'une multitude de papillomes mûriformes confluents se confondant avec ceux de la peau des bourses.

Cette verge est augmentée de volume, surtout à son extrémité inférieure qui est étalée et présente une circonférence de 18 centimètres. Le méat urinaire ne se voit plus, mais se devine à un écoulement continuel d'urine, s'ouvrant au fond d'un infundibulum linéaire, cratériforme qui empêche tout cathétérisme utile. La palpation de cette masse scrotopénienne n'est nullement douloureuse, mais elle décèle un épaississement considérable des tuniques du scrotum et de la verge.

La peau semble infiltrée profondément, dure, seléreuse, formant une véritable gaine éléphantiasique et empêchant totalement de se rendre compte du contenu des bourses.

Il m'est impossible de savoir si la vaginale est le siège d'un exsudat quelconque ou si les testicules prennent part à l'envahissement des tuniques scrotales.

Le malade nie toute syphilis. Le Dr Leredde pratiqua en vain divers examens pour déceler cette affection.

Deux examens biopsiques furent pratiqués, l'un par Milian, l'autre par Caillau, et ces deux examens conclurent qu'il s'agissait d'un lymphangiome.

Technique opératoire suivie. — Elle a compris trois temps principaux :

1° L'exérèse des parties malades par la décortication pénoscrotale ;

2° La formation de nouvelles bourses après en avoir enlevé l'excédent et d'un passage, en trouée, pour le pénis décortiqué;

3° Le revêtement par un lambeau bilatéral du pénis, afin de lui constituer un nouveau fourreau cutané.

1° *Décortication péno-scrotale.* — Le bistouri trace une incision générale en quadrilatère sur la face antérieure des bourses. Le côté supérieur de l'incision, horizontal, passe transversalement au-dessus de la verge. Une incision est branchée sur le dos de la verge, longitudinalement.

Une sonde est mise dans l'urètbre et la verge est dépouillée, à droite et à gauche de son incision dorsale, de tout son revêtement cutané pathologique, et absolument décortiquée comme une banane.

Toute la face antérieure du scrotum est décortiquée dans les limites du quadrilatère d'incision.

Les testicules et les cordons spermatiques sont dégagés et explorés.

2° *Formation d'un nouveau scrotum.* — Nous réduisons les bourses en relevant le scrotum restant jusqu'au niveau de l'incision horizontale pubienne à la façon d'un pont-levis.

Au niveau du raphé périnéo-scrotal nous faisons une trouée de 5 cent., à travers laquelle nous faisons passer la verge décortiquée.

Nous suturons alors le bord scrotal au bord pubien de l'incision d'exérèse.

Fig. 4. — Résultat opératoire au bout de deux mois. La sonde indique l'orifice du méat de la verge reconstituée autoplastiquement.

3° *Formation d'un nouveau fourreau cutané autour du pénis.* — Nous taillons, sur les côtés de la racine de la verge et sur la face antérieure du nouveau scrotum, deux lambeaux latéraux larges de 5 centimètres, longs de 12 centimètres et nous les rapprochons de chaque côté sur les faces latérales des corps caverneux jusqu'au niveau du méat urinaire.

Nous suturons ces lambeaux péri-péniens : 1° à la face dorsale de la verge : 2° à la face ventrale de la verge ; 3° au niveau du pourtour du méat.

Tout l'appareil génital externe est ainsi reconstitué.

Le soir même le malade urine spontanément. Les sutures, bien que vastes, ont bien tenu, à part quelques petits points sans importance ; toute la masse est revenue sur elle-même à un volume à peu près normal. D'ailleurs, en dehors de son rôle d'exérèse d'une grande quantité de tissus, l'opération a été l'occasion d'une vaste saignée lymphatique qui a vidé le tissu cellulaire largement infiltré sur une épaisseur de plusieurs centimètres.

L'intérêt du manuel opératoire que nous avons suivi, réside surtout dans l'idée d'une ouverture du nouveau scrotum rapetissé, au niveau du raphé, par laquelle nous avons fait passer la verge et dans la plastie de toute la surface des organes génitaux externes en une seule séance (1).

LA MÉDECINE ET L'HISTOIRE

Autour du Congrès de Versailles

Jamais M. Antonin Dubost n'avait été aussi grave qu'aujourd'hui. Il se tenait droit, préoccupé, comme si quelque congressiste allait tout à coup se lever pour demander la revision de la Constitution. Parfois, il buvait une gorgée d'eau où — détail à noter pour les historiens de l'avenir — il avait fait mettre un peu d'urodonal. Puis il reprenait son apparente impassibilité. M. Dubost avait aujourd'hui un habit impeccable. Il s'efforçait de se montrer aussi présidentiel que possible, d'avoir l'air «au-dessus des partis». On l'eût dit là à une exposition de candidats comme les jeunes filles qui, à Paris, se tiennent sur une estrade, les jours où l'on élit les reines des marchés découverts. Sa voix était nette, bien timbrée, et dominait le bruit des conversations particulières. L'impression générale était qu'il n'avait jamais paru aussi jeune.

(*Intransigeant*, 18 janvier 1913)

L'auscultation par téléphone

L'auscultation, désormais, va pouvoir se faire à distance, par téléphone. C'est, du moins, ce que nous annonce un certain Dr Lilienfeld qui décrit un appareil de son invention, un cardiophone permettant d'ausculter le cœur à distance par téléphone. L'auteur signale l'avantage de cet instrument au cours de l'anesthésie opératoire, surtout pour les chirurgiens de campagne opérant sans aides qui pourraient opérer en auscultant.

En outre, en auscultant à distance dans la pièce à côté, plus d'éréthisme cardiaque émotionnel ! Et quelle amélioration pour l'enseignement clinique des maladies du cœur ! Peut-être un jour, on appliquera à l'auscultation la téléphonie sans fil et alors les grandes consultations pourront se donner à distance.

Tout arrive, n'est-il pas vrai.

(1) Soc. des chirurgiens de Paris.

SOUVENIRS sur GAMBETTA (1)

(A l'occasion du 30e Anniversaire de sa mort)

Par le docteur CABANÈS

Voici trente ans que Gambetta est mort, trente ans que disparaissait, à la suite d'un stupide accident, autour duquel l'esprit de parti a brodé tant de légendes, l'homme dont l'extraordinaire et brève carrière paraîtra elle-même légendaire aux générations qui nous suivront.

C'est presque toute l'histoire de notre pays que Gambetta eut la fortune d'incarner, à la période la plus active de son existence, depuis l'écroulement de l'Empire, que son éloquence précipita, jusqu'aux environs de sa mort, survenue après l'effondrement d'un rêve, qui aurait pu, si le Destin l'eût laissé vivre quelque temps encore, devenir une réalité heureuse ! Mais ce Gambetta, qui ne le connaît ? Beaucoup d'entre vous ont pu l'approcher, l'entendre ; c'est plutôt le Gambetta intime et familier, et certains épisodes ignorés ou déformés de sa vie, que nous voudrions révéler ou remettre en lumière, en mettant à profit les documents ou les confidences que nous avons pu recueillir.

***

Le hasard fit naître Gambetta dans la patrie de Clément Marot et du roi Murat, à Cahors (Lot), le 3 avril 1838.

Car il était Italien, du moins par son père ; quant à sa mère, c'était une véritable Méridionale, fille d'un pharmacien de Molières, près Montauban, en Quercy.

Les ascendants paternels de Gambetta furent marins de père en fils, se livrant, de temps immémorial, au petit cabotage. Le grand-père apportait à Cette les marchandises de toute la Corniche génoise ; de là, par le canal du Languedoc, il gagnait Toulouse et Bordeaux, remontant, explorant les affluents de la Garonne et débitant, dans les endroits qu'il traversait, des huiles, des pâtes alimentaires, et aussi ces poteries communes qui, par leur marque d'origine autant que par leur bon marché, trouvaient facilement acquéreurs.

Est-ce l'accueil qu'il y reçut, ou les affaires qu'il y fit, qui décidèrent le grand-père de Gambetta à se fixer dans la petite ville de Cahors, toujours est-il qu'il y installait, en 1818, avec sa femme et ses trois fils, dans une modeste boutique de la place du Marché, un commerce de faïences et d'épiceries. Après avoir amassé un certain pécule, il regagnait l'Italie, en compagnie de son fils aîné, tandis que les deux cadets lui succédaient dans son entreprise commerciale.

Les deux frères dirigèrent celle-ci en commun durant quelque temps ; puis, ils se séparaient et l'un d'eux, Joseph, après avoir épousé, comme nous l'avons dit, la fille d'un pharmacien, ouvrait, sur la place de la Cathédrale, le *Bazar Génois*, portant pour enseigne : *Gambetta aîné et Cie*, que nous nous rappelons parfaitement avoir vu dans notre enfance.

La nouvelle installation n'était pas terminée, que Léon Gambetta naissait, au deuxième étage de la maison de la rue du Lycée, occupée par ses parents.

Il n'est pas indifférent de noter la filiation héréditaire du personnage dont on veut déterminer la formule psychologique : Gambetta fut certainement redevable à son père de certaines qualités de race, entre autres, de cette finesse, de cette subtilité diplomatiques dont se targuent les compatriotes de Machiavel ; de même qu'il tenait de l'atavisme maternel cette faconde, cette aisance d'élocution, qui l'aidèrent si puissamment dans sa carrière d'orateur.

On ne saurait contester que son éducation ait pareillement contribué à la formation de son esprit. Au début, l'enfant fut mis chez les Pères : c'est aux Petits-Carmes de Cahors, établissement dirigé par les Pères du Sacré-Cœur de Picpus, que le jeune Gambetta apprit à lire : il avait quatre ans.

Vers l'âge de huit ans, il faillit succomber à des accidents intestinaux : « une péritonite qui, négligemment soignée, amenait un rétrécissement de l'intestin » (2) : ce diagnostic,

(1) Article inédit. Reproduction interdite à tout journal non abonné à la Société des Gens de Lettres.

(2) *Gambetta par Gambetta*, lettres intimes et souvenirs de famille, par P.-B. GHEUSI. Paris, Ollendorf, 1909.

que n'appuie aucune autorité médicale, demanderait confirmation.

Un an plus tard, le père Gambetta faisait entrer son fils au séminaire de Montfaucon, chef-lieu de canton de l'arrondissement de Gourdon, dans le Lot, et non au séminaire de Montfaucon à «Montauban», comme il a été rapporté par erreur (1).

Le père Gambetta, qui était le fournisseur du séminaire, n'eut pas de peine à obtenir du supérieur un prix relativement modique pour la pension de son fils, lequel fut inscrit, le 5 novembre 1847, comme élève de septième. « Il se fit connaître par sa gaieté, sa turbulence et sa dissipation, si on peut donner ce dernier nom à l'indiscipline d'un enfant de dix ans». Cependant, ajoute l'historiographe qui nous fournit ces détails (2), ses maîtres, tenant compte de la légèreté de l'âge, et remarquant chez lui un excellent cœur, paraissent avoir été surtout frappés de ses bonnes qualités.

La note qui résume son « curriculum » de séminariste, est toute élogieuse ; elle est assez curieuse pour mériter d'être reproduite :

GAMBETTA, Léon, de Cahors.

Conduite : dissipée ; *Application* : Médiocre ; *Caractère* : Très bon, très léger, enjoué et espiègle ; *Talent* : Remarquable ; *Intelligence* : Très développée.

A remarquer que, mal noté en conduite, il l'était supérieurement sous le rapport des qualités morales et intellectuelles. L'abbé Aufrin, son premier maître, constatait déjà qu'il « avait le travail facile et l'esprit plus ouvert qu'on ne l'a d'ordinaire à dix ans ; aussi était-il capable, tout en y consacrant moins de temps et en prenant moins de peine, de fournir une œuvre supérieure à celle de ses camarades. »

Il l'emportait surtout dans les compositions d'histoire et de version latine. D'un esprit fin, délié et observateur, il était également prompt à saisir les travers et les ridicules de ses condisciples et savait les faire ressortir d'une manière piquante. Gai et malin, mais pas méchant, et, au fond, très bon garçon, il ne cherchait pas à froisser, mais uniquement à faire rire.

A son dernier examen de huitième, son professeur signalait sa tenue négligée, sa conduite légère, son application inconstante, ses devoirs peu soignés ; ce qui n'empêchait pas Gambetta d'obtenir, à la fin de l'année scolaire, un premier prix de lecture et un premier accessit d'histoire

En septième, il conquérait la première place en histoire et géographie et se maintenait en bon premier rang pour la version latine et les leçons orales ; il montrait déjà plus de dispositions pour la parole que pour la plume.

Son style, singularité notable, se ressentait de la connaissance profonde qu'il possédait de l'Histoire Sainte !

« Je te vois, écrivait-il à son père, enlever dans tes bras la douce Benedetta (sa fille), et verser des larmes de joie sur elle, comme le patriarche Jacob sur Benjamin ; comme lui, tu as loin de toi ton second Joseph ; mais ce n'est pas dans une captivité que je gémis comme Joseph, mais sous la règle la plus douce du monde. Oh ! quand arrivera le jour tant désiré des vacances !.... »

Les vacances arrivèrent, trop tôt, hélas ! L'enfant ne se doutait guère qu'il allait être victime d'un bizarre accident, dont les suites devaient influer sur sa vie entière. C'est en effet, durant les vacances de 1849, que survenait l'évènement dont on a tant et si souvent glosé.

On a prétendu que Gambetta s'était lui-même crevé, d'un coup de canif, l'œil canonique, pour échapper à l'état ecclésiastique qui lui répugnait ; la vérité est tout autre.

Notre ami Otto Friedrichs nous signalait, il y a quelques années, un manuscrit, qu'il avait découvert dans la bibliothèque municipale de Cahors, et qui a pour auteur M. Paul ARMAND, secrétaire général de la Société de géographie.

Paul Armand avait été le compagnon de jeunesse de Gambetta ; c'est à lui que Gambetta légua le « Rabelais » qui avait été son livre de chevet. C'est au même Paul Armand que Gambetta dicta, dans un coin isolé du parc Borély, à Marseille, la fameuse proclamation, dans laquelle il répudiait les deux démagogies : celle de César et celle de Marat !

Dans le manuscrit précité, qui n'a pas moins

(1) Dr J.-V. LABORDE, *Léon Gambetta*. Paris, Schleicher frères.

(2) Cf. l'*Histoire du petit Séminaire de Montfaucon*, par M. l'abbé A. VAYSSIÉ. Cahors, 1889.

de 19 pages, l'histoire de l'œil crevé en occupe près de cinq ; nous la résumons dans ses lignes essentielles.

Non loin de la boutique paternelle, un contelier, du nom de Galtié, avait son échoppe. Le jeune Gambetta, très curieux de son naturel, s'approchait souvent de l'établi où travaillaient les ouvriers. Un jour que l'un d'eux perçait un trou dans le manche d'un couteau, à l'aide d'un foret actionné par une sorte d'archet, la tige d'acier se rompit et l'un des fragments, frappant l'œil droit de l'enfant, lui perfora la cornée. Gambetta, désormais, était borgne : ses condisciples, au collège, ne l'appelèrent plus que Coclès, à cause de son « œil protubérant, recouvert d'une pellicule blanchâtre, qui lui donnait un faux air de Cyclope ».

Il en souffrit longtemps, ainsi qu'en témoignent les épîtres qu'il envoyait à ses parents, du séminaire de Montfaucon. A la rentrée de 1850, ses professeurs s'opposèrent à ce qu'il entrât en cinquième : les souffrances qu'il avait éprouvées lui avaient fait manquer ses compositions et compromettre les résultats de son année scolaire.

Le 17 février 1851, il se plaignait encore de son œil.

« Mon œil va très mal pour le moment, mandait-il à son *cher papa*. Je ne vois rien, si ce n'est la lumière. Ça me chagrine quand j'y pense, tu peux le croire... (1) »

On alla consulter des spécialistes à Toulouse, à Montpellier, mais sans qu'aucune amélioration se produisît. La lésion, mal ou pas soignée, aboutit à une *irido-choroïdite glaucomateuse*, avec lagophtalmos, qui nécessita l'intervention opératoire, dont nous avons narré ailleurs les péripéties (2).

Mais reprenons la vie de Gambetta en 1851, au moment où il entrait au Lycée de Cahors.

Cette entrée fut saluée avec joie par ses camarades. « Ce fut une vraie fête pour nous », nous contait, récemment, l'un d'eux, notre très sympathique confrère et compatriote le Dr Edmond Clary, qui, plus que septuagénaire, conserve toute la vigueur physique et intellectuel de l'âge mûr.

Gambetta n'était pas un fort en thème. Il était impatient de discipline et aimait à faire l'école buissonnière. Cependant, sa facilité, son intelligence primesautière, son horreur de la banalité le faisaient distinguer par ses maîtres, et, lorsqu'il le voulait, lui assuraient la première place. Un jour, le professeur de seconde, donnant à ses élèves lecture d'une de ses compositions, proclamait : « *Vous pensez peut-être que c'est du Démosthène ; vous vous trompez, c'est du Gambetta !* »

L'histoire et le grec, voilà où allaient ses prédilections. Démosthène suscitait son enthousiasme et son professeur d'histoire était émerveillé, de son côté, de ses compositions.

Gambetta manifestait déjà une extraordinaire mémoire. Il possédait si bien ses auteurs, et principalement ses auteurs grecs, qu'au cours d'une visite de l'inspecteur général Alexandre, dont nous avons, dans nos jeunes années, pioché le Lexique avec ardeur, Gambetta, interrogé sur Eschyle et Démosthène, répondit sans broncher et sans recourir au texte, en récitant sans défaillance et en commentant les passages qui lui furent signalés.

L'interrogateur et les témoins eux-mêmes, déclare le narrateur, qui pourtant n'ignoraient pas sous ce rapport les aptitudes et le savoir de leur camarade, restèrent stupéfaits et pleins d'admiration (3).

Vers la fin de 1856, Gambetta se met en route vers Paris, pour y commencer ses études de droit. Sa correspondance nous fournit de précieuses indications sur ce qu'était la vie d'étudiant, à cette époque.

Et d'abord, comment va-t-il établir son budget ? Parti de Cahors avec une somme assez rondelette (*sic*), Gambetta avait dépensé 40 à 42 francs pour le voyage et, en arrivant dans la capitale, il lui restait encore de 215 à 220 francs, en y comprenant les louis qu'il tenait de la sollicitude maternelle.

Ne dépensant que « 20 sous par jour ou 22 au plus de nourriture, et souvent 25 centimes seulement », ayant, en outre, un logement « des plus modiques », il s'estime très fortuné. Mais combien cela va-t-il durer ? Et quand ses ressources seront épuisées, que deviendra-t-il ?

C'est une de ses préoccupations. Ne parle-t-il pas d'accepter, s'il est nécessaire, les humbles fonctions de maître d'études ? Mais il espère encore que le ciel aura pitié de lui et que son étoile lui sera favorable.

Le père avait fixé la pension mensuelle de son fils à cent francs ; heureusement, la mère envoyait en cachette quelque petit supplément. Quand, en 1857, le jeune Clary partit pour joindre son camarade, la mère de Gambetta lui remit, pour son fils, un beau billet bleu, tandis que le père le nantissait.... d'un paquet de bougies ! Chacun son tempérament ; le père Gambetta était surtout large des épaules.

Gambetta occupait alors, à l'hôtel du Périgord, place de la Sorbonne, no 1, — qui existe encore, et où ont habité, plus tard, Pilotell, le célèbre caricaturiste, directeur des Beaux-Arts sous la Commune, et le bon poète Raoul Ponchon ! — Gambetta occupait audit hôtel « une chambre sous les toits », et ne dépensait pas plus d'un franc pour son dîner. Son gargotier consentit une réduction de dix centimes par repas, pour le récompenser de sa fidélité.

Loin de se plaindre de son sort, l'étudiant prend la vie gaiement et plaisante sa propre infortune.

« Je vous vois d'ici, écrit-il à son père, assis autour d'une joyeuse table, derrière le paravent, déployant la serviette et servant la *menestra* (soupe génoise), l'un l'arrosant de poivre, l'autre la saupoudrant de fromage ; tandis que, derrière vous, murmure, avec ce grondement si agréable en hiver, un feu moyen-âge, devant lequel rissole une pièce de volaille, dont veuillent les Dieux m'envoyer le fumet !... Ne nous attristez pas, si une tête manque au festin, j'y suis en esprit ; seulement, je festine à meilleur marché, à dix-huit sous : on m'a diminué de dix centimes, vu mon assiduité, ce qui me produit, net, un bénéfice de trois francs par mois de trente jours, et trois francs dix par mois de trente et un ; je pourrai, à la fin du mois, acheter un livre en sus. En attendant, je désirerais fort que tous les mois fussent plus chauds que celui qui va venir (février) et aussi courts que lui. Il faut l'avouer, sans feu dans une chambre entre ciel et terre, par la bise qui siffle, c'est moins qu'un quart de luxe, mais j'ai ta robe de chambre qui, me rappelant ta bonté, me fait penser que tu es encore là pour m'empêcher de me glacer. Je me mets sur mon lit ; sur mes pieds je rabats la couverture, je pose le traversin, et je travaille ainsi tout aussi bien que dans le cabinet de M. de Lamartine... (1) »

Cette bonne humeur, cet optimisme souriant ne l'abandonneront pas dans les circonstances les plus critiques.

Comme le sage, il s'est habitué de bonne heure à se contenter de peu ; ainsi se montre-t-il tout joyeux d'avoir découvert un restaurant où le repas ne revient pas à plus de treize sous !

« Un grand établissement, où l'on a une énorme assiette à soupe de bouillon gras pour trois sous et une portion de bouilli, très abondante et très bonne. C'est à ne pas y croire ; le pain compris, six sous. Total : neuf sous... je peux prendre un carafon de vin, quatre sous, et pour treize sous, je fais un festin très salubre, très abondant, tout ce qu'il y a de plus engraissant, et j'épargne sept sous par jour, c'est-à-dire dix francs cinquante par mois, ce qui est énorme. Ce n'est qu'un peu loin (*passage des Panoramas*, no 7), mais j'ai de bonnes jambes.... »

Gambetta habitait alors rue Saint-Hyacinthe-Sainte-Rachel no 18.

« Une pièce de quatre mètres carrés, ornée d'une pendule qui n'a jamais marché ; d'une commode, dont les tiroirs ne s'ouvrent qu'avec l'art de Balitran ; un fauteuil, autrefois rouge et moelleux, maintenant incolore et dur ; un lit qui est assez bon, *car quand j'y vais, j'ai besoin de repos* ; une cheminée où ce n'est pas moi qui fais pétiller la flamme, *car mes moyens ne me le permettent pas* ; mais... l'empereur Napoléon nous chauffe dans sa bibliothèque Sainte-Geneviève, de dix heures du matin à onze heures du soir. »

C'est un Gambetta insoupçonné qui se dévoile à nous, dépensant avec une verve endiablée un humour dont il est d'autant plus prodigue, que c'est la seule denrée qui ne coûte rien à son heureux tempérament.

Fournissant la description de son intérieur, le jeune étudiant annonce à son père que sa chambre est doublée d'un cabinet de toilette, où il en « fait fort peu » : l'aveu est dénué d'artifice !

« Elle a aussi un grave défaut pour un monsieur qui, comme le portier d'un hôtel le disait à M. de Lamartine, a un état qui a besoin d'air et de jour. On n'y voit pas trop à midi... Au demeurant, chambre... très bien, très bon marché, chez de braves gens... Des glaces et des rideaux rouges aux fenêtres, ce qui ajoute à la clarté de la chambre, dans la même proportion que le petit instrument, dit éteignoir, placé sur la mèche des bougies, ajoute à leur clarté.... »

Ce n'est pas tout le mobilier, il y a encore « une superbe table de nuit à roulettes ; mais il y a un pied qui manque ». Et cela n'est pas dépourvu d'avantages, ne fût-ce que celui de vous obliger à résoudre les plus terribles problèmes d'équilibre : ce qui produit à la longue une « suée » salutaire, qui a son utilité dans la saison où l'on est.

« Vraiment, ajoute plaisamment notre épistolier, une table de nuit à trois pieds est un meuble indispensable en hiver : *cela vous sert de calorifère*. »

Voulez-vous connaître à fond le régime de vie de celui que des malintentionnés ont accusé plus tard d'être un « infâme jouisseur... » ? Écoutez l'intéressé vous l'exposer ; un Spartiate ne l'eût pas désavoué.

« ... Je déjeune très frugalement, oh ! tout ce qu'il y a de plus frugal, à savoir : un pain d'un sou ; les dimanches, deux pains d'un sou. Il faut dire aussi que, si je m'éveille tôt, à six heures du matin, je me lève tard, à onze heures ou midi ; et alors, en vertu d'une opération de la pensée, appelée abstraction, en langage de commerce ou d'arithmétique, soustraction, je fais comme si je m'étais éveillé à onze heures ou midi ; je bois un verre d'eau et je vais au cours jusqu'à quatre heures et demie. Cinq, je dîne et ne sais pas si je mange, mais cela va très bien. Après quoi, je donne dix-sept, dix-huit ou vingt sous. Je sors, j'achète un sou de pain et je reviens à la Bibliothèque. A onze heures, je mange mon pain, mais trempé dans de l'eau. Je ne suis pas encore assez avancé dans le chemin de la sanctification pour le mouiller de la sueur de mon front, vu que l'hiver s'y oppose ; nous verrons en juillet ou avant l'août, foi d'animal. Tu vois que j'ai suivi tes avis : je suis réglé, j'ai de l'ordre, l'ordre de l'étude, car ce n'est que le seul excès que je me permettrais.... »

Le père de Gambetta pouvait, en effet, se féliciter d'avoir un fils ordonné et qui reculait devant toute dépense somptuaire : n'allait-il pas jusqu'à se mettre au lit « à la lueur du gaz » situé juste au-dessus de la fenêtre de sa chambre et qui lui procurait ainsi « un falot gouvernemental d'une économie incomparable ? » Économie de bouts de chandelles, pourrait-on dire sans métaphore.

En vain réclamait-il quelques subsides supplémentaires, si maigres fussent-ils ; Joseph Gambetta restait aussi sourd aux prières de son fils que son notoire ancêtre aux appels pressants de Madame Putiphar !

Pour gagner quelque argent, le jeune homme songe au moyen d'entrer chez un imprimeur, comme correcteur d'épreuves grecques ! Mais il ne paraît pas qu'il ait donné suite à son projet.

A la fin de l'année 1857, Gambetta semble avoir été pris d'un prurit de déménagements : en moins de trois mois, il fait trois domiciles successifs : rue Soufflot, 5 ; rue Mazarine, 46 ; enfin, rue de Tournon, 7, hôtel du Sénat, qui fut, depuis, adopté par nombre de ses compatriotes et où nous sommes allé voir, il y a quelque trente ans, des camarades qui nous sont restés chers

Les compagnons habituels de Gambetta se nommaient alors, nous commençons par les disparus · Fieuzal, l'oculiste des Quinze-Vingts, mort il y a quelques années ; Laborde, le savant physiologiste, qui fut de l'Académie de Médecine ; Talou, ancien sénateur du Lot, etc.. Lannelongue et Cornil n'ont connu, croyons-nous, Gambetta que longtemps après.

Parmi ceux qui lui ont survécu et avec lesquels nous sommes restés en relations, nous citerons· le Dr Emile Rey, actuellement sénateur et le Dr A. Relhié, conseiller général du Lot ; Péphau, l'ex-directeur des Quinze-Vingts, l'admirable philanthrope, à qui l'on doit l'École des Aveugles ; enfin, le Dr Edmond Clary, qui a publié, sur notre illustre compatriote, de si attachants souvenirs.

Toute cette jeunesse se réunissait au café Voltaire, vis-à-vis l'Odéon, situé encore, du reste, à la même place qu'autrefois. Ce n'est que plus tard que Gambetta fréquenta le café de Bruxelles, où trônait Barbey d'Aurevilly, et surtout le Procope.

Aux environs de 1860, c'était au premier du café Voltaire que Gambetta tenait ses assises.

Il pérorait là avec une verve éclatante et son exubérante faconde, très hardi en politique, très avancé.... Sa turbulence pittoresque se ressentait de

(1) Lettre inédite de Gambetta à son père (*Amateur d'Autographes*).
(2) Cf. *Le Cabinet secret de l'Histoire*, 4e série dernière édition.
(3) J.-V. Laborde, *op. cit.*

(1) *Gambetta par Gambetta*, 56-7

son livre d'élection, Rabelais, dont les truculences le transportaient d'enthousiasme.... (1)

Il n'y avait pas que Rabelais qu'il lisait : les orateurs grecs, ceux de la Révolution, lui étaient non moins familiers

« Que de fois, nous confiait jadis le Dr Laborde, nous avons assisté à ces magnifiques réminiscences oratoires, où, en même temps que le témoignage étonnant d'une vaste et impeccable mémoire, l'on sentait déjà le souffle puissant du futur orateur ! »

Laborde était, à ce moment, interne à Bicêtre, en même temps que Fieuzal y faisait son externat. Gambetta venait parfois rendre visite à ses deux amis et partager leur repas, à la salle de garde.

Comme la chanson gauloise faisait souvent, au dessert, les frais de ces réunions amicales, et que Gambetta ne chantait pas, il payait son tribut, soit par une improvisation sur un sujet littéraire, philosophique ou politique, soit par la déclamation, de mémoire, d'un chef-d'œuvre de l'éloquence française.

Un jour, monté et debout sur la table, il débita d'un bont à l'autre, sans en omettre un *iota*, avec l'attitude de la tête et du geste qu'il possédait déjà, tout le fameux discours de Mirabeau sur *la banqueroute*. Par un mouvement spontané et unanime, ses auditeurs, transportés et charmés, se précipitèrent pour lui donner l'accolade, aussitôt qu'il descendit de sa tribune improvisée, ruisselant de sueur et magnifique encore, sous l'expression transfigurée et enflammée de son enthousiasme oratoire.

Outre la mémoire, « le plus précieux instrument de l'humanité », comme il la définissait, Gambetta avait un pouvoir d'assimilation vraiment surprenant. Ainsi qu'un peintre qui, avant de passer maître, copie ceux qui l'on précédé, il s'initia, par maints travaux préparatoires, à ce métier d'orateur où il devait exceller.

Un jour qu'il avait passé la soirée au café, ce qui lui arrivait assez souvent, du reste, un de ses amis le reconduisit. Arrivé devant chez lui, Gambetta lui confia qu'il remontait dans sa chambre, non pour dormir, mais pour travailler.

— Si tard ! lui dit son interlocuteur ; que vas-tu donc faire ?

— Je suis occupé, lui répondit Gambetta, à chercher dans leurs harangues le secret des grands orateurs. Chez tous, j'ai retrouvé leurs gestes, leur intonation, leur allure. Mais, pour Bossuet, j'ai creusé vainement son vol est trop haut !...

Un autre jour qu'il était allé au Collège de France, à une conférence de Philarète Chasles sur Gœthe, il répéta, avec un art admirable et une sûreté de mémoire étonnante, à peu près textuellement, la leçon qu'il venait d'entendre.

Alphonse Daudet qui le fréquentait à cette époque, relate que Gambetta « écoutait, interrogeait, lisait, s'assimilait toute chose, et préparait déjà cet énorme emmagasinement de faits et d'idées, si nécessaire à qui prétend diriger un temps et un pays... »

Il s'intéressait aux lettres, aux arts, allait dans les Musées, assistait aux ouvertures de Salons, défendant, « contre les endormis et les retardataires », les novateurs en qui il devinait un génie encore méconnu.

Il se plaisait aussi à se mettre au courant des questions scientifiques, des progrès de la science. Il aimait à fréquenter les laboratoires, pour assister à des expériences qui l'avaient une première fois intéressé et qu'il tenait à revoir. Fréquemment, il alla surprendre le Dr Laborde, dont il suivait les démonstrations avec une attention marquée, ainsi que ses conférences publiques du soir, au vieux Collège Rollin, affirmant de la sorte l'amour et l'intérêt qu'il portait à la science.....

Il ne se doutait guère, l'infortuné grand homme, que cette science serait impuissante à le sauver ?

Comme le disait, dans une heure d'abandon, le regretté Fieuzal : « Un malade vulgaire eût été soigné, simplement, logiquement. Lui ! ah ! lui, tous les médecins qui peuplaient son chevet étaient troublés des responsabilités qu'ils sentaient peser sur eux, troublés d'avoir à protéger une existence aussi précieuse ! »

On peut dire Gambetta a été tué, parce qu'il était Gambetta. Il ne faut pas chercher ailleurs le mystère de sa fin (2).

(1) *Eclair*, 14 janvier 1905.

(2) Nous avons étudié, avec tous les détails que le problème comporte, le mystère de la mort de Gambetta, dans l'ouvrage qui vient de paraître, *Légendes et Curiosités de l'Histoire*, 2e série, mais pas une ligne de l'article qu'on vient de lire n'est détachée du volume cité.

Comment on guérit rapidement et sûrement

LE RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

Par M. le Docteur BERTRAND

Médecin à Malzéville, près Nancy

Tout d'abord, est-ce bien rhumatisme blennorragique qu'il faut dire ? Ou, comme le veut Collet le nom d'arthrite ne serait-il point un vocable préférable ? Ne serait-ce point là un terme mieux approprié, pour désigner la poussée inflammatoire aiguë ou subaiguë, qui s'attaque aux jointures, parfois à une jointure isolément, au cours de l'infection urétbrale gonococcique ? La chose n'est pas seulement d'ordre théorique. Qui dit arthrite, entend parler d'affection locale, localisée, plutôt limitée ; rhumatisme, au contraire, évoque chez tous l'idée de diathèse, de manifestation morbide générale étendue à l'économie entière. Et naturellement, les traitements institués peuvent grandement se ressentir de la façon dont le praticien envisage la question pathogénique.

A vrai dire, nous croyons que les deux appellations ont leur raison d'être et se justifient l'une et l'autre. La première, par exemple, en face de la forme *arthralgique*, douloureuse, peu modifiée par les calmants ; de la forme *hydropique*, dont le type est une véritable hydarthrose du genou, lente dans son évolution comme dans sa résolution, d'allure plutôt torpide, en dépit de quelques poussées aiguës intercurrentes. La forme *plastique* aiguë de l'infection articulaire spécifique, celle qui entraine primitivement ou consécutivement l'ankylose ; la forme *purulente* peuvent encore, sans la moindre hésitation, être rangées dans la première catégorie.

Ce sont bien là des arthrites. Toutes auraient pour caractère de se fixer, d'emblée ou rapidement, sur une seule jointure, de constituer une affection monoarticulaire frappant de préférence le genou, le coude, l'épaule, le poignet, etc. En revanche, il est certain que la forme arthralgique subaiguë, qui s'étend simultanément et se maintient non seulement à plusieurs jointures, mais frappe également parfois les synoviales, les gaînes tendineuses, et la polyarthrite déformante des phalanges, donnent plutôt l'impression d'une infection généralisée. C'est bien là du rhumatisme ; en l'espèce, du rhumatisme blennorragique.

Toutefois, il est un symptôme qui domine d'ordinaire dans un cas comme dans l'autre, la scène pathologique. Ce symptôme, qui attire de suite l'attention du médecin en même temps qu'il préoccupe bien plus encore le malade, et pour cause, c'est la douleur. Or, soulager la douleur n'est-ce pas œuvre divine ? Fort du précepte hippocratique et des légitimes instances du patient, le praticien va donc droit, sinon au but, du moins au plus pressé. Et, avant de se demander ce qu'il peut y avoir *d'arthritis*, ou de rhumatisme sous roche, faisant même bon marché (trop bon marché) de la manifestation gonococcique urétrale, en admettant qu'il l'ait déjà dépistée, il institue le traitement de la douleur, grâce à une médication calmante appropriée, aussitôt qu'il est appelé à donner ses soins à celui qui l'appelle à son aide.

Vraiment, est-il complètement juste de l'en blâmer ?

... Alors, ce sont les topiques résolutifs, si les souffrances sont modérées, les manifestations diffuses ; les badigeonnages de teinture iodée laudanisée, les enveloppements ouatés. On essaie l'antipyrine qui donne peu de chose, le salicylate de soude qui ne donne absolument rien. Si pourtant, il y a dans l'échec du médicament idéal de la douleur rhumatismale vraie, un excellent élément de diagnostic, ne l'oublions pas. Le médecin aurait-il eu jusque-là des doutes ; aurait-il méconnu peut-être l'existence de la blennorragie chez son malade, qu'il est désormais fixé dans la première hypothèse ; orienté dans la bonne voie, au cas où il aurait pu errer précédemment. Dès lors, plus hardi, plus entreprenant, il aura recours aux méthodes nouvelles et, mieux renseigné sur la véritable origine du mal, il pratiquera autour de l'articulation malade, une injection de sérum antiméningococcique. N'a-t-on pas dit de ce dernier (on se demande un peu pourquoi néanmoins) qu'il serait souverain contre les méfaits articulaires du gonocoque ? Passons ; on vit même des médecins préconiser, en pareil cas, les tous nouveaux vaccins de Wright.

Malgré tous les efforts, les symptômes de l'arthrite blennorragique ne s'atténuent guère, l'inflammation persiste, si la douleur est moins aiguë ; la gêne, les raideurs ne s'amendent pas, l'impotence guette définitivement le malade...

Se trouve-t-on, au contraire, en face d'une de ces arthropaties intenses, qui font de ce dernier un véritable martyr : forme plastique, forme hydropique, forme purulente ? En pareille conjoncture, c'est l'immobilisation complète, précoce, qui entre en ligne. Le médecin introduira le membre souffrant dans la gouttière de plâtre. En avant, les pointes de feu nombreuses et réitérées sur la jointure, les vésicatoires, les ponctions pour lutter contre certains épanchements considérables !...

Hélas ! rien n'y fait ; en dépit d'une pareille mobilisation thérapeutique, et comme pour les formes précédentes, la maladie suit son cours, l'arthropathie ne rétrocède pas. Ce n'est qu'à la longue, très à la longue, que les symptômes aigus s'en viennent à fléchir avant de disparaître tout à fait. Mais au bout de combien de semaines, sinon de mois, la mobilisation progressive, les massages, les bains chauds, les douches chaudes et sulfureuses, l'iodure de potassium, la compression élastique, l'électrothérapie auront-ils enfin complètement et définitivement raison de l'affection articulaire qu'il a fallu soigner ? Sans compter qu'une guérison obtenue, à grand'peine, dans de pareilles conditions, est bien loin de mettre désormais à l'abri de tout retour offensif de la maladie. Et que c'est bien à un tel malade, qu'il est permis de crier : gare les récidives !

Comment donc expliquer une faillite thérapeutique, de règle en pareil cas ; faillite aussi constante, aussi lamentable pour le praticien que pour le pauvre malade ? C'est ce qui va maintenant retenir notre attention.

Il y aura bientôt un demi-siècle, en 1858, Rollet l'Ancien écrivait ceci : « Voyez ce rhumatisme qu'on a guéri, sans guérir complètement l'urétrite, sans mettre le canal entièrement à sec ; il est presque immédiatement suivi de récidive ; à la moindre exacerbation de l'urétrite, les synoviales s'infectent à nouveau. »

Quoi de plus exact ; les septicémies gonococciques n'ont-elles point ceci de particulièrement propre ? Les manifestations métastatiques qu'elles provoquent *restent constamment en corrélation et en rapport étroit avec le foyer initial de la maladie*. C'est parce que ce principe, rappelé naguère de façon la plus opportune, par Audry (de Toulouse), est trop souvent perdu de vue, que tant de praticiens ne traitent pas, comme il devrait l'être, le rhumatisme blennorragique. Et à l'image du malade, trop souvent hypnotisé par le symptôme douleur dans le présent, par la crainte d'une impotence articulaire

à redouter pour l'avenir, les médecins s'en viennent à perdre complètement, ou à pen près complètement de vue, la manifestation urétrale, origine de la maladie. Ils n'y pensent guère ; le malade, lui, n'y pense plus dn tout ! Matériellement gêné, empêché, parfois même immobilisé par son arthrite qui peut le clouer sur son lit, dans un cas ; le priver de l'usage de ses doigts, voire d'une main, dans l'autre ; il cessera de prendre le moindre soin de son écoulement. Ceci, parce qu'il considère, ou qu'on lui laisse considérer, en un pareil moment, le traitement antiblennorragique comme accessoire, sinon comme inutile. Aussi, qu'arrive-t-il? C'est qu'il garde à la fois indéfiniment son rhumatisme et... sa chaudepisse.

On ne saurait donc trop insister sur les vérités formulées en axiomes par le professeur Toulousain, axiomes qui se peuvent résumer ainsi : 1° Il peut arriver qu'une métastase blennorragique guérisse avant la chaudepisse, mais elle ne lui survit pas ; 2° le traitement du rhumatisme blennorragique, c'est le traitement de la chaudepisse, traitement *toujours nécessaire, et presque toujours suffisant* ; 3° si l'arthrite blennorragique affecte chez la femme une évolution souvent plus sérieuse, c'est que la blennorragie de la femme est plus difficile à guérir que celle de l'homme. Donc, avant tout, par desssus tout, à l'urétrite ou gonococcie.

Telles sont les règles de conduite à graver au fronton de tous les hôpitaux et services spéciaux, et surtout dans la mémoire de tous les praticiens. Le temps n'est plus de se demander avec Peter, si l'urétrite n'a point réveillé simplement une vieille diathèse, ou si, comme le croit Fournier, la blennorragie est la cause « réelle, efficiente, nécessaire et suffisante » du rhumatisme (ce qui est déjà mieux) ; il faut agir, et agir de suite ; entourer de soins pieux, depuis son début jusqu'à sa terminaison, le moindre écoulement du rhumatisme blennorragique. Le gonocoque est le plus mauvais compagnon qui se puisse imaginer pour les autres microbes assez hardis pour se mettre en rapport, et surtout pour entrer en association avec lui. La sécrétion de toxines que la conjuration bacillaire verse alors dans l'économie entretient la fièvre, déprime le malade, éternise la moindre affection, à plus forte raison celle qu'elle aura directement fait naître.

Et tant qu'un canal urétral ne sera pas en état de siccité et d'asepsie parfaites, il n'y aura jamais de guérison complète et durable à attendre d'une complication blennorragique quelle qu'elle puisse être. La durée interminable de son affection, les rechutes continuelles qui guettent le rhumatisant spécifique, sont absolument typiques sous ce rapport. Les rares dissidents (il y en a toujours), ont bien pu faire observer, qu'on ne rencontrait point constamment le gonocoque dans les liquides ponctionnés au cours des hydarthroses blennorragiques. Est-ce suffisant pour douter de sa présence et de ses méfaits, au moins à un moment donné? Cherchez-le donc dans le pus articulaire ; cherchez-le quelques jours seulement après l'invasion de la jointure et vous le trouverez, peut-être pas toujours, mais fort souvent. Preuve manifeste et tangible, que le gonocoque est bien la cause *première* et *unique* de tout le mal, alors même qu'il n'a fait qu'une apparition courte et passagère dans l'articulation envahie.

Aussi, quel est le praticien qui, dûment averti désormais, se refuserait à le combattre et à le poursuivre jusqu'à résultat complet, c'est-à-dire jusqu'à guérison définitive? Fandra-t-il pour cela porter le remède sauveur jusque dans les jointures malades, lorsqu'il s'agit de complication blennorragique mono ou polyarticulaire? Point dn tont. Il a été reconnu que c'était surtout au niveau de l'urètre postérieur que siégeait le principal foyer gonococcique; que de l'urètre il diffusait partout, et que c'était là principalement que se faisait l'absorption des toxines, qui allaient infestant l'organisme entier des rhumatisants. Les vésicules séminales en particulier auraient, chez l'homme, le triste privilège de servir de dernier abri aux microbes. A tel point, que les Américains, gens qui n'y vont pas par quatre chemins, comme on sait, ont imaginé, pour guérir radicalement le rhumatisme blennorragique, de s'en prendre directement aux vésicules infestées et infectées et de pratiquer la *vésiculotomie*. Mais, outre que rien ne démontre que l'opération de Fuller (de New-York) soit d'action souveraine, lorsque les toxines infectieuses ont eu le temps de faire leur œuvre, la vésiculotomie est-elle une de ces opérations faciles, commodes, de tout repos? Il n'y paraît guère, de l'aveu même de ceux qui la pratiquent et, personnellement, nous n'en voyons nullement l'opportunité. D'autant plus que la thérapeutique dispose maintenant d'un médicament, dont l'action topique et générale sur les muqueuses des voies urinaires et les manifestations morbides qui les atteignent, s'affirme chaque jour comme autrement souveraine. Le Pagéol, nul ne peut plus l'ignorer, rend absolument inutile la vésiculotomie chère aux praticiens d'outre-mer. A la dose de 16 capsules par jour dans les états aigus, de 6 dans les états chroniques, il jugule au vrai sens du mot, la blennorragie ancienne et récente. Dans de pareilles conditions, les complications guérissent on peut dire d'elles-mêmes. Uniquement, parce que le balifostan ou bicamphocinnamate de santalol et de dioxyhenzol associé aux principes actifs de fabiana imbricata et d'hysterionica baylabuen qui sont les composants du Pagéol, suppriment radicalement le gonocoque partout où il se trouve, et annihilent l'effet des toxines infectieuses qui peuvent résulter soit de sa seule présence, soit de son association avec d'autres agents microbiens. Avantage énorme, l'administration du Pagéol forme, à elle seule, un traitement complet, qui se prend, sans aucun danger, sans aucune contre-indication, sans aucune fatigue pour l'estomac, au début des repas.

Sans doute, ne serait-ce que pour l'effet moral et pour ne pas rompre complètement en visière avec les usages, sera-t-il bon de conserver quelques pratiques de traitement local. Surtout chez les femmes, il serait peut-être imprudent de supprimer tout lavage, toute injection vaginale, qui doit se faire, en pareil cas, avec la Gyraldose. Chacun sait que ce dernier produit n'a point, lui non plus, d'équivalent, pour supprimer les pertes et amener un assèchement rigoureux et aseptique des muqueuses génito-urinaires de la femme. Encore une fois, chez l'homme, cet accessoire du traitement antiblennorragique ne saurait être regardé ici comme d'une bien grande utilité. Ajoutons qu'une telle suppression peut même avoir son prix (on l'a vu plus haut) chez un rhumatisant blennorragique qui ne demande d'ailleurs qu'à agir personnellement, qu'à remuer le moins possible, et désire, encore moins, se confier à autrui pour se faire donner les soins locaux convenables.

Le Pagéol, qui décongestionne les muqueuses des voies urinaires, renouvelle les tissus, grâce à un rajeunissement complet des cellules, le Pagéol meurtrier non seulement pour le gonocoque partout où il existe, mais encore pour tous les autres microbes auxquels ce dernier peut s'associer suffit, à tout. Il est le fondement, la base du traitement de l'arthrite ou du rhumatisme blennorragique parce qu'il est *celui de la blennorragie elle-même.*

Car son action s'exerce, non seulement à la surface, mais également dans la profondeur des tissus, dans l'intimité de leurs éléments histologiques, où il s'en vient en même temps supprimer toute stase lymphatique. Stase qu'on retrouve presque toujours à l'origine de tout épanchement, de tout dépôt plastique, comme il s'en forme dans les articulations atteintes de rhumatisme blennorragique.

Au fait, ce dernier n'est-il point destiné à disparaître du cadre nosologique, comme tant d'autres manifestations éloignées de la malencontreuse infection urétrale gonococcique? Et cela, au jour prochain où la réputation déjà mondiale du Pagéol, aura enfin donné à l'administration précoce et prolongée du médicament héroïque, toute l'ampleur qu'elle mérite et contribué à étendre à l'extrême sa sphère d'action, action dont personne d'ailleurs, ne songe plus, dès maintenant, à contester les splendides résultats (1).

REVUE DE PATHOLOGIE

La prophylaxie de la Fièvre ondulante

Par M. le Docteur A. RAYBAUD

Les mesures de *prophylaxie individuelle* peuvent se résumer en quelques prescriptions :

Suppression du lait cru et des fromages frais ;

Stérilisation de l'eau de boisson ;

Abstention de tous produits de charcuterie pouvant contenir de la viande de chèvre crue ou insuffisamment cuite ;

Abstention des légumes, herbages et fruits crus susceptibles d'avoir été souillés par des urines ou des fumiers contaminés ;

Propreté méticuleuse des mains et des ustensiles de cuisine, surtout chez les personnes que leur profession expose à des contacts infectants : bouchers, laitiers, chevriers, cochers, etc.

Toute nourrice qui viendrait à contracter la fièvre ondulante devra cesser l'allaitement en cours.

Les enfants qui, à la campagne, aiment à jouer avec les animaux de bergerie, devront être l'objet d'une surveillance attentive pour les éloigner du danger de contagion en cas d'infection insoupçonnée du troupeau.

La *prophylaxie collective* devra être basée d'abord sur la déclaration obligatoire des cas humains, adoptée en principe par l'Académie de Médecine de Paris, en 1910.

Sans attendre l'obligation légale, les médecins pourraient signaler aux services locaux d'hygiène les cas tombés sous leur observation et il est probable que l'administration ne se refuserait pas à appliquer les mesures de désinfection du linge et des locaux qui sont utilisés dans les maladies visées par la loi du 15 février 1902.

Les prostituées devraient être soumises à une surveillance particulière pour assurer le dépistage des cas frustes de fièvre ondulante et des porteurs de germes, susceptibles de transmettre la maladie.

Les autorités sanitaires pourraient appeler l'attention de la population sur le danger de consommer le lait de chèvre cru et même dans les régions d'épidémie ou en période d'épidémie, prohiber la vente du lait de chèvre non bouilli.

Défense doit être faite d'utiliser la viande de chèvre crue à la préparation de produits de charcuterie (saucisses, saucissons, etc.) qui ne subissent avant consommation qu'une cuisson insuffisante.

L'eau potable doit être l'objet, surtout à la

(1) Voir la dernière communication sur le Pagéol, faite à l'Académie de Médecine, dans la Séance du 3 décembre 1912.

campagne, d'une surveillance attentive : on devra veiller, en particulier, à la tenir rigoureusement à l'abri des infiltrations provenant d'étables et de bergeries.

Un écoulement normal des eaux ménagères et des purins devra être assuré ; l'établissement des dépôts de fumiers devra être réglementé.

Des mesures de *police sanitaire vétérinaire* s'imposent également. Elles doivent avoir pour but :

1° de prohiber l'importation en France des animaux de l'espèce caprine et ovine provenant de régions infectées (1) :

2° d'ajouter la mélitococcie à la liste des maladies contagieuses des animaux domestiques énumérées à l'art. 29 de la loi du 21 juin 1898 ;

3° d'assurer la surveillance des animaux sensibles, aussi bien des femelles productrices du lait que des mâles employés à la reproduction ;

4° d'isoler les animaux reconnus infectés, d'en provoquer l'abatage et la destruction ; d'interdire en tous cas la circulation et la vente des bêtes suspectes, de leur lait, de leur viande et de leurs débris (peaux, etc) ;

5° de répandre parmi les éleveurs et les bergers les notions de prophylaxie individuelle et collective, de les engager à désinfecter leurs bergeries et les objets à l'usage des animaux suspects.

Enfin, le rôle des recherches de *laboratoire* étant essentiel dans le dépistage des animaux malades et porteurs de germes, il conviendrait de multiplier les laboratoires mis à la disposition des autorités, des médecins et des vétérinaires en vue de la recherche des foyers d'infection.

***

Toutes ces mesures seraient puissamment aidées par l'utilisation de vaccins applicables soit à l'homme, soit aux animaux. Au Congrès de l'Alliance d'Hygiène Sociale tenu à Marseille en octobre 1910, Simond Thibault et Brun ont appelé l'attention sur l'utilité de recherches dirigées dans ce sens. Dans une communication à la Société de Biologie du 2 décembre 1910, Vincent et Collignon (1) ont montré par l'inoculation en série, à la chèvre, de cultures de *Mic. Melitensis* stérilisées par l'éther permettait d'obtenir l'immunisation de ces animaux. Souhaitons que des travaux plus étendus complétant ces recherches préliminaires viennent assurer à nos régions la possession d'un instrument de défense collective efficace et moins soumis aux contingences économiques que les mesures de prohibition toujours redoutées et mal accueillies par les agriculteurs, les commerçants et leurs mandataires investis de pouvoirs législatifs

(1) Un arrêté du gouverneur général de l'Algérie, du 4 mars 1908 et un decret du bey de Tunis du 22 septembre 1909 prohibent l'introduction des ruminants d'origine maltaise dans nos possessions du nord de l'Afrique.

(2) Immunisation de la chèvre contre la fièvre de Malte, *C. R. de la Soc. de Biologie*, 1910, t. LXIX p. 468.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le Mal d'épaule des liseurs au lit

Par M. le Docteur P. CAVIDEZ
ancien interne des Hôpitaux de Bruxelles

On sait que bien des personnes ont l'habitude de lire au lit, avant de s'endormir ou même la nuit, pour charmer un peu l'ennui de leurs heures d'insomnie.

Ces liseurs nocturnes s'accoudent à l'oreiller, le plus souvent du bras droit soutenant la tête, tandis que l'épaule et le bras opposés, tenant le livre, sont plus ou moins à découvert.

Or, au bout d'un certain temps, la plupart de ces personnes souffrent dans cette épaule et ce bras de douleurs plus ou moins vives, rappelant de bien près le syndrôme névralgique et rhumatoïde de l'épaule décrit par Besner et reproduit dans son *Manuel pratique de Massage.*

Nous ne pouvons mieux faire que de citer le texte de Besner : « douleurs plus ou moins intenses dans l'épaule et le bras, gêne des mouvements. Les douleurs siègent sur le trajet du plexus brachial, dans le triangle sus-scapulaire et au niveau des insertions musculaires scapulo-humérales, l'insertion inférieure du deltoïde en particulier. Ces douleurs se retrouvent souvent sur le trajet des tissus nerveux du bras, — au niveau des ligaments articulaires et des insertions des muscles s'attachant au voisinage des jointures du bras et de l'avant-bras ».

On constate donc deux points douloureux : un point névralgique et un point périarticulaire.

Il y a parfois de l'atrophie musculaire.

Il y a lieu de faire le diagnostic entre cette affection et la périarthrite scapulo-humérale.

Il y a dans les deux cas gêne des mouvements, accolement du deltoïde ; le point sous-coracoïdien existe aussi dans les deux affections.

Mais, dans notre syndrôme, on constate en plus le point douloureux du plexus brachial et de l'attache inférieure du deltoïde qui font défaut dans la périarthrite ».

Les douleurs résultant de la lecture au lit se font sentir assez souvent — mais pas constamment — pendant la nuit ; certains ne souffrent que pendant le jour et le réveil de leurs souffrances est soumis à des influences de tous genres.

Il en est qui renoncent à leurs lectures nocturnes quand ils se sont rendu compte qu'elles sont la cause de leurs souffrances ; d'autres persistent et recourent à toutes sortes de moyens pour soulager leurs douleurs, surtout quand, se réveillant la nuit, elles troublent le charme de la lecture : un de mes parents réussit à endormir son mal en se couvrant l'épaule d'une sorte de douillette faite de bourre de soie enfermée dans une enveloppe de tissu de soie.

Nous avons dit que certains pratiquants de la lecture au lit doivent y renoncer : il n'y a pas grand mal quand ce sont des favorisés de la Fortune, lisant au lit par fantaisie ; mais, en notre temps de fiévreuse activité, nombreux sont ceux qui doivent prendre sur leurs heures de sommeil pour s'instruire, compléter leur instruction, se documenter.

A ceux-là, l'abandon de la lecture au lit peut être préjudiciable et c'est à leur point de vue que le traitement de l'affection qui nous occupe comporte un intérêt pratique non négligeable : lire, ou même écrire est en toutes saisons plus reposant au lit qu'à la table de travail et, en hiver, s'y joint l'avantage de pouvoir se passer de feu.

En bien des cas, on ne négligera pas d'instituer le traitement général que réclament les états arthritique (1), neuro-arthritique, etc.

Comme traitement local, les applications de salicylate de méthyle seul ou associé au menthol ne sont pas à dédaigner et permettent en bien des cas d'épargner aux scapulalgiques les cruelles morsures du vésicatoire, de l'huile de croton, etc.

Les enveloppements secs et chauds souvent atténueront les souffrances.

Mais le moyen le plus efficace et même indispensable quand a débuté l'atrophie musculaire, c'est le massage avec ses manœuvres variées : frictions, pétrissages, tapotements, hachures, etc.

Nous lui devons des résultats remarquables, allant même, quand il est appliqué régulièrement, jusqu'à permettre aux malades de continuer, sans payer la rançon de la souffrance, la pratique de la lecture au lit.

(1) Dans ce cas, on se trouvera donc bien de prescrire aux malades une cure d'urodonal.

Les inconvénients des purgatifs salins

Le Dr Boes, dans *Journal of the American Medical Association*, faisait récemment le procès des purgatifs salins et en particulier du sulfate de magnésie. Dans les cas d'obstruction intestinale et de stase fécale, le sel (ou l'eau naturelle qui le renferme) ne passe pas ; il est résorbé en grande partie du fait de l'absence ou de la diminution du péristaltisme. Des intoxications fatales peuvent en résulter. Les mêmes raisons s'opposent à l'emploi sous-cutané des sels de magnésium comme cathartiques.

Avec le Jubol, qui réveille par son action le péristaltisme intestinal, de pareils accidents ne sont, au contraire, jamais à redonter, non plus que les accidents entéritiques qui surviennent si fréquemment à la suite de l'usage intempestif des purgatifs et des laxatifs salins.

REVUE DE BIOLOGIE

Les Causes déterminantes du sexe

Par M. le Docteur Jules REGNAULT (de Toulon).

Les diverses lois établies jusqu'ici sur les causes déterminantes du sexe paraissent à première vue souvent contradictoires ; la plupart reposent cependant sur des *faits exacts* qu'il faudrait faire rentrer dans une loi plus générale.

« *La détermination du sexe se rattache aux fonctions générales de la nutrition* : elle dépend de la « maturité » ou ancienneté des éléments sexuels en présence (ovule et spermatozoïde) et de la rapidité des échanges moléculaires, c'est-à-dire du métabolisme des parents ; elle est donc *fonction de l'équilibre plus* ou *moins parfait des sécrétions internes* qui règlent ce métabolisme. A l'ancienneté des éléments sexuels, à la rapidité des échanges ou à la pénurie des réserves nutritives correspond la procréation de mâles ; au ralentissement des échanges et à l'abondance des réserves correspond la procréation des femelles.

On entrevoit la possibilité de *favoriser* la procréation de tel ou tel sexe en modifiant le métabolisme, c'est-à-dire la rapidité des échanges moléculaires des parents soit par l'opothérapie, comme nous l'avons signalé en 1910, soit au moyen de divers produits (lecithine, choline, adrénaline) comme l'ont montré les intéressantes expériences de Russo (de Catane) et du Dr Robinson (de Paris) ».

REVUE DE CHIRURGIE

Le Traitement des plaies des Artères

D'après M. Weiss (de Nancy), dans la chirurgie des grosses artères, les indications de la suture sont moins nombreuses que l'on pourrait être tenté de le croire, d'après l'enthousiasme affiché par les auteurs.

Il y a d'abord tout un groupe d'affections artérielles, où l'on ne peut y songer. C'est celui des ulcérations artérielles.

M. Weiss a observé trois cas de ce genre.

Dans un premier cas, qui remonte à 1879, pendant son internat chez le Professeur Verneuil, il s'agissait d'une ulcération de la carotide interne par un cancer pharyngien. M. Weiss ne put que pratiquer la ligature de la carotide primitive, qui sauva momentanément son malade.

Un deuxième cas concerne un homme entré dans son service en juin 1912, avec une ulcération cervicale, récidive d'un cancer pharyngien ; il y avait des hémorragies à répétition par la plaie. La chloroformisation du sujet provoqua des accidents, qui ne furent conjurés que par une trachéotomie immédiate.

Le débridement de la plaie conduisit sur une ulcération de la carotide externe, qui ne put qu'être liée, la suture étant impossible. Le malade guérit de cette intervention et quitta la clinique trois semaines après pour retourner en Belgique.

Un troisième cas est plus intéressant; il lui est commun avec le médecin principal Guibal, de l'Hôpital militaire. Il concerne un hussard, atteint d'un abcès profond de la fesse, qui a déterminé une ulcération de l'artère fessière, dans sa portion intra-pariétale.

On ne put faire l'hémostase que par la forcipressure permanente, la ligature elle-même ayant été impossible, en raison de la profondeur de la plaie.

Dans un deuxième ordre de faits, il s'agit de plaies artérielles par instruments tranchants, observées à des stades différents de leur évolution. Ces faits sont au nombre de trois. Le premier concerne une blessure de l'artère fémorale au niveau de sa bifurcation en A. superficielle et A. profonde. L'accident remontait à une heure.

Il y a quatre ans, M. Weiss ne possédait encore aucun matériel de suture, et il dut pratiquer la double ligature de ces deux vaisseaux. La guérison survint, mais après quelques accidents, consistant en ulcérations trophiques du talon et des orteils, qui mirent longtemps à guérir.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'une plaie de l'artère axillaire à la partie moyenne de l'aisselle, datant de six semaines et compliquée d'un volumineux anévrysme.

Après avoir fait une ligature d'attente sur l'artère sous-clavière, M. Weiss mit à nu la région axillaire, enleva l'anévrysme, mais trouvant une artère sclérosée et entourée de tissus enflammés, ne crut pas devoir faire de suture. La ligature du vaisseau fut suivie d'une guérison complète sans aucun incident.

Dans un troisième cas, il s'agissait d'un soldat réformé qui, quelques années avant son incorporation, avait reçu un coup de poinçon à la cuisse. Il en était résulté un anévrysme artério-veineux de la fémorale, au niveau de l'anneau des adducteurs. Après application d'une bande d'Esmarch, les vaisseaux furent mis à nu et séparés l'un de l'autre. La veine fémorale fut liée et l'artère suturée suivant le procédé de Carrel. La peau fut réunie avec drainage. Malheureusement, la plaie s'infecta, et le *dix-huitième jour*, une hémorragie secondaire survint, qui nécessita une ligature, fort laborieuse, du reste. Le malade guérit.

Troisième groupe de faits. — Il s'agit de quatre cas de blessures artérielles par coup de feu.

Le premier se rapporte à une femme, qui avait reçu un coup de revolver à la face interne du bras, blessant l'artère humérale.

La lésion ne fut soupçonnée que grâce à la disparition du pouls radial. La mise à nu de l'artère et la suture dans la plaie de l'huméral amenèrent la guérison sans aucun incident.

Dans un deuxième cas, un vieillard de 65 ans, cachectique, avait reçu une balle de revolver à la cuisse quatre jours avant son entrée à l'hôpital; sa plaie s'était infectée. Le douzième jour survenaient des hémorragies secondaires, qui nécessitèrent une intervention d'urgence. On ne pouvait songer à la suture. La ligature dut être faite et fut suivie d'une gangrène de la jambe, à laquelle le blessé succomba.

Un troisième fait intéressant est celui d'un employé de la Compagnie de l'Est, entre les jambes duquel un pétard avait éclaté. Un morceau de cuivre avait perforé l'artère poplitée à sa partie supérieure et il en était résulté un anévrysme, qui remontait à six semaines au moment de son entrée.

Après avoir mis l'artère à nu, M. Weiss tenta la suture; elle fut impossible à pratiquer, en raison de l'élargissement des deux bouts, et après une demi-heure de tentatives infructueuses, on dut faire la ligature de la poplitée dans la plaie. Celle-ci ne fut suivie d'aucun accident, et la guérison, quoique lente, fut complète.

Un dernier cas concerne un broiement de l'artère fémorale, par un coup de feu à plomb tiré à bout portant. Les effets explosifs de cette blessure étaient épouvantables. L'hémostase primitive s'était faite seule, mais le lendemain, une hémorragie secondaire se produisit; la ligature immédiate ne put sauver le blessé, qui était exsangue.

En résumé, M. Weiss a l'impression, d'après son expérience, que les indications de la suture artérielle sont assez restreintes. Elle ne peut guère être conseillée que dans les plaies récentes et les cas favorables seront ceux où il s'agira surtout de plaies latérales, incomplètes (1).

REVUE D'HYDROLOGIE

Emploi de l'Hydrothérapie pour accroître la Résistance des tuberculeux

D'après M. Simon Baruch, professeur d'hydrothérapie à l'Université de Colombie, il n'existe pas de tuberculeux qui ne finisse par supporter l'hydrothérapie et n'en retire un notable bienfait; mais il faut procéder par *entraînement neuro-vasculaire*, suivant les règles ci-après:

Règle capitale. — Toutes les applications hydriques de température inférieure à 32° doivent être suivies d'une friction.

Première étape. Ablution. — Au-dessous des genoux et des coudes : *a*) lotionner avec des linges ou un gant trempés dans de l'eau à 32°; *b*) passer rapidement sur les parties; *c*) sécher; *d*) rhabiller et faire pratiquer des exercices en plein air; *e*) réduire la température de l'eau progressivement jusqu'à 15°.

Seconde étape. Affusion. — *a*) Malade debout dans de l'eau à 40°; *b*) on lui verse sur le dos, les épaules et la poitrine, de l'eau à 30°; *c*) sécher, habiller, pratiquer de l'exercice en plein air; *d*) réduire la température progressivement chaque jour de 2 degrés jusqu'à 15°; *e*) si la réaction se fait bien, passer à la troisième étape.

Troisième étape. Friction froide. — *a*) Malade debout dans de l'eau à 40°); *b* friction avec un linge imprégné d'eau à 28°, bien tordu, diminuer chaque jour la température de l'eau; *c*) drap mouillé autour du corps; *d*) friction énergique à travers le drap jusqu'à ce que celui-ci soit chaud; *e*) sécher, habiller, exercice en plein air; *f*) réduire la température de 2 à 4 degrés par jour jusqu'à 10. Si la réaction est bonne, passer au drap ruisselant.

Drap ruisselant. — *a*) Malade debout dans l'eau à 40°; *b*) la partie supérieure (35 à 40 centimètres) du drap est repliée sur elle-même; *c*) le drap est trempé dans l'eau à 28°; *d*) le drap ruisselant est tenu par un aide, le malade s'en enveloppe; *e*) frictionner et tapoter le malade avec le plat des mains pendant deux minutes; *f*) verser de l'eau à 20° sur les épaules, frictionner et tapoter jusqu'à ce que le drap soit chaud; *g*) répéter sur les diverses parties du corps, rapidement; *h*) enlever le drap, sécher, habiller, exercice en plein air; *i*) diminuer la température de l'eau jusqu'à 10°.

A Munich, rapporte le Dr Ménard, on n'accède à la grande piscine centrale, qu'après s'être lavé et savonné sous la douche, et les cabines sont ainsi disposées qu'entré habillé par le côté extérieur, on ne peut circuler du côté de la piscine qu'une fois déshabillé, après être sorti par une autre porte». Mais toutes les villes ne peuvent avoir l'installation grandiose de Munich: «Les petites villes se contentent pendant l'été de détourner l'eau d'une rivière vers un établissement où celle-ci, après s'être clarifiée et réchauffée au soleil en serpentant dans de petits canaux peu profonds, va alimenter un bassin de natation.» A beaucoup de piscines sont adjoints des établissements de cure naturiste, où les baigneurs se promènent, travaillent nus au grand air. Certains de ces établissements reçoivent par an jusqu'à 800 personnes venant faire une cure naturiste hydrothérapique et diététique.

(1) Soc. de médec. de Nancy.

CARNET DU PRATICIEN

Hypertrichose chez la femme

Pratiquer chaque jour une application de la pâte suivante :

Acétate de thallium	0 gr. 30
Oxyde de zinc	2 gr. 50
Vaseline	20 grammes
Lanoline	5 —
Eau de rose	5 —

(SABOURAUD)

Contre l'acné vulgaire

1° S'abstenir d'aliments excitants: thé, café, vin pur, liqueur, épices, poisson, gibier, charcuterie, conserves, abats, cervelles, ris de veau, fromages fermentés, etc;

2° Manger lentement et mastiquer avec soin;

3° Soigner la constipation et les troubles gastro-intestinaux. A cet effet, prendre à chaque repas trois comprimés de sinuberase délayés dans un peu d'eau;

4° Matin et soir, lavage à l'eau chaude de température aussi élevée que possible et additionnée de cinq grammes de bicarbonate de soude par litre d'eau;

5° Extraire les comédons au moyen de l'extracteur spécial. Massage et pétrissage de la peau chaque jour, durant cinq minutes;

6° Après le lavage à l'eau chaude, second lavage avec solution suivante:

Sulfate de zinc	7 gr
Sulfate de cuivre	2 —
Eau	1 000 —

Hypertension des aortites aiguës et chroniques

Nitrite de sodium	2 grammes
Nitrate de potassium	4 —
Bicarbonate de soude	10 —
Sirop de cerises	100 cc.
Eau distillée	200 cc.

Une cuillerée à soupe (10 centigrammes), à trois cuillerées à soupe (30 centigrammes), dans un demi-verre d'eau chacune.

(L. MAYET)

Traitement du prurit vulvaire

Combattre la mauvaise hygiène, la malpropreté, surtout chez les femmes obèses; inversement, éviter les abus de lavages irritants, de savonnages; soigner les petites lésions d'eczéma, les petites végétations, la cystite (pagéol), le prolapsus, les déviations utérines, et surtout la leucorrhée, suite de vaginite ou de métrite.

Traitement local. — Lotions à la gyraldose surtout si le prurit est accompagné de pertes blanches; poudrage abondant, en maintenant une toile fine pour empêcher le contact de deux régions de peau ou de magnésie. Comme anesthésique, axonge cocaïnée; comme traitement actif, badigeonnages au nitrate d'argent, ou pommade ichtyolée au 1/10.

Les médications ne seront pas limitées à la vulve mais portées plus haut:

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 02
— de morphine	—
Beurre de cacao	3 grammes

Ou :

Ichtyol	0 gr. 25
Beurre de cacao	3 grammes.

Pour un suppositoire vaginal.

Dans les cas tenaces, haute fréquence.

Orgelet

Pour prévenir les récidives d'orgelet faire des lotions avec :

Fluorure de sodium	1 à 2 gr.
Eau distillée	500 gr.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 3.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE.

VARIÉTÉ

Hygiène et Médecine éthiopiennes

Les pratiques hygiéniques et les théories médicales des peuples dont la civilisation est considérée comme inférieure à la nôtre sont, pour l'observateur, un sujet plein d'enseignement.

On y trouve d'abord un tableau fidèle de ce que nous étions il y a peu de temps, et c'est une leçon de modestie dont la valeur n'est pas négligeable. On y trouve aussi des manières de faire et des conceptions qui, rapprochées des nôtres, les éclairent comme l'histoire d'un mot éclaire sa signification.

C'est ainsi qu'à en croire le Dr Merab, médecin particulier du négus Menelick II, il est bon en Abyssinie, d'avoir une superbe monture et que la cavalcade de votre suite ébranle le sol alentour. Il faut en outre que les médicaments prescrits aient un goût, une couleur ou une propriété quelconques par lesquels ils se manifestent énergiquement aux sens. C'est peut-être pour cette raison qu'on fait là-bas un usage immodéré de la chaleur comme dérivatif ou comme désinfectant. Quand on a affaire à un ulcère ou à une tuméfaction, on échauffe une pièce de bois effilée en cône en la faisant tourner rapidement et à frottement dur dans un godet également en bois, puis on promène la pointe sur la partie malade.

Malgré cet amour du feu, les Éthiopiens ont peur du soleil, particulièrement quand ils sont malades. Ils s'enferment alors dans leur chambre et calfeutrent tout, de manière à ne pas laisser pénétrer un rayon de l'astre, de crainte qu'il n'aggrave la maladie. Il est vrai que les coups de soleil éthiopiens doivent être assez sérieux pour en imposer à l'imagination de ces peuples, et leur faire croire que la lumière du jour n'est pas nécessairement bienfaisante comme chez nous. Quoi qu'il en soit, ils ne se laissent pas examiner une gorge malade au soleil, mais seulement avec une lumière artificielle, et les dames éthiopiennes savent fort bien que leur teint, pour si noir qu'il soit, est sensible aux ardeurs de l'astre et qu'il faut savoir l'en préserver quand on est coquette.

Une des pratiques les plus curieuses des Éthiopiens consiste à manger, à la fin d'un repas copieux, un morceau d'estomac cru de l'animal dont ils ont dévoré les membres. Il paraît que ce mets a un petit goût acidulé, particulièrement ravigotant lorsque l'estomac est surchargé, et qu'il vous ferait digérer n'importe quoi.

Depuis Brown-Séquard, les médecins ont donné à cette manière de faire — qui consiste à aider au fonctionnement d'un organe en lui apportant les sucs fabriqués par un organe semblable — le nom pompeux d'opothérapie et ils l'ont étendue à un grand nombre d'états morbides. Les Éthiopiens, qui ne sont pas des savants, n'ont pas généralisé. Mais ils semblent avoir fait pratiquement ce qu'il y a de mieux à faire. Par malheur, leur procédé suppose l'amour des chairs crues. Or, faire avaler à un Européen un morceau cru d'estomac de ruminant, c'est évidemment une vaine espérance, à supposer même que son petit goût acidulé soit le plus délicieux du monde. Et l'estomac cuit n'a plus du tout la même action opothérapique. Mais les Éthiopiens aiment ce qui est cru. Leur nourriture nationale, c'est le bœuf cru, le « brondo ». Du même coup, comme bien on pense, leur maladie nationale, c'est le ver solitaire, qui est donné par le bœuf cru, et par voie de contre-coup, leur remède national, c'est une plante, le kousso, qui se montre assez actif contre le ténia et qui est fort répandu dans le pays.

ÉCHOS

Le chien de l'artiste.

Un docteur de renom raconte l'excellente histoire suivante :

Un peintre bien connu, un peu irréfléchi et qui aime les chiens autant que son art, fut récemment fortement tourmenté par la maladie de son chien favori. Vous et moi, nous aurions, sans doute, envoyé chercher le vétérinaire. Mais l'artiste n'en agit pas ainsi. Il envoya de suite chercher un des médecins en renom de la ville. Lorsque le docteur arriva et qu'il apprit ce qu'on lui voulait, il parut, de prime-abord, dérouté à l'idée qu'on eût eu l'audace d'aller le chercher pour soigner un chien ; mais il reprit vite ses esprits et il examina l'animal aussi soigneusement que s'il se fût agi d'un être humain. Il prescrivit quelque médecine, et prenant son chapeau, se prépara à s'en aller, lorsque le peintre, négligemment, lui demanda le montant de ses honoraires. Le médecin lui répondit aimablement qu'il ne prenait pas la peine de réclamer quoi que ce fût pour un aussi petit service. Cependant, comme le peintre insistait, il lui dit avec calme.

— Si vous voulez à tout prix rémunérer mes peines, je vais vous dire comment vous pouvez facilement me faire plaisir. Je viens précisément de faire placer une grille autour de ma maison de campagne, et je vous serais fort obligé si vous vouliez venir la peindre.

La déclaration réciproque des maladies contagieuses.

Depuis le 15 décembre 1912, la convention conclue entre les gouvernements français et allemand pour réglementer les échanges d'informations immédiates en cas d'apparition de maladies contagieuses frappant l'homme et les animaux est entrée en vigueur.

Les maladies contagieuses humaines soumises à la déclaration réciproque sont, on le sait, divisées en deux classes :

1° *Maladies dont l'avis doit être donné dès l'apparition des premiers cas.* — Lèpre, sous réserve, pour la France, du caractère facultatif de la déclaration des cas aux autorités ; choléra asiatique, typhus exanthématique, fièvre jaune, peste, variole.

2° *Maladies dont l'avis doit être donné lorsqu'il se produit de nombreux cas dans une localité.* — Fièvre typhoïde, dysenterie, diphtérie, fièvre scarlatine, méningite cérébro-spinale ; fièvre récurrente, sous réserve, pour la France, du caractère facultatif de la déclaration des cas aux autorités ; ophtalmie granuleuse, sous réserve, pour la France, du caractère facultatif de la déclaration des cas aux autorités.

L'échange des informations aura lieu par l'envoi rapide et franco de port d'une feuille d'avis hebdomadaire des cas constatés portant indication des localités atteintes. L'échange de ces informations a pour but d'attirer, d'une manière confidentielle, l'attention des autorités compétentes sur les parties de leur circonscription exposées à l'infection, afin qu'elles puissent prendre les mesures sanitaires indispensables.

Les maladies contagieuses affectant les animaux qui sont passibles d'une information réciproque sont :

Peste bovine, rage, farcin et morve, fièvre aphteuse péri-pneumonie contagieuse, clavelée, dourine, gale du mouton, pneumo-entérite infectieuse.

Les informations concernant les animaux seront fournies toutes les semaines par l'échange d'un rapport formulé. Seule, l'apparition de la fièvre aphteuse devra être annoncée par une déclaration spéciale chaque fois qu'elle sera constatée.

Le pneu de la bicyclette dans la méthode de Bier

Le Dr Schoute raconte, dans *Le Caducée*, de quelle ingénieuse façon il appliqua la méthode de Bier, dans un cas de coxalgie tuberculeuse. Il enroula un pneu vide, autour de la hanche, en passant par le pli de l'aine ; les extrémités du pneu furent liées et réunies. Ensuite, il appliqua une couche d'ouate et un appareil plâtré, en laissant libre la valve du pneu. En quelques coups de pompe, le pneu fut gonflé et l'hyperémie veineuse obtenue.

Le Dr Schoute, qui a été très satisfait de sa méthode, lui reconnaît les avantages suivants :

L'hyperémie veineuse est facilement produite et fixée.

En étudiant le pouls, on peut doser exactement le degré de compression et d'hyperémie.

Le pneu ne coûte que 5 francs. Deux valves complémentaires permettent d'établir 3 bandes compressives.

Les pneus se trouvent partout.

En cas d'accident, il est possible de pratiquer l'hémostase, par ce même procédé.

La foire aux cheveux de Limoges.

Voici de curieux détails sur l'industrie capillaire qui, par bien des points, touche à l'hygiène. Nous les empruntons aux *Archives d'anthropologie criminelle.*

Ce curieux marché se tient en cette ville chaque année les 23, 24 et 25 juin.

Tous les marchands de chevelures et les représentants des grandes maisons de coiffure de la France, et même de l'étranger s'y donnent rendez-vous. Il en vient de Paris, de Bordeaux, de Lyon ; il en vient de Berlin, il en vient d'Italie, et pendant les trois jours de la foire, on pèse et l'on soupèse les nattes blondes et brunes. On examine avec intérêt les chevelures blanches, plus rares, celles-là, et qui avec les rousses atteignent les prix les plus élevés, de 300 à 350 francs le kilogramme ; puis les cours s'établissent.

On cite une maison de Paris qui vient d'acquérir à Limoges 89 kilogrammes de « coupes » de différentes nuances, qu'elle a payées de 120 à 130 francs le kilogramme, prix moyen des chevelures de foire dans nos contrées.

A Limoges, 800 kilogrammes de cheveux, sur 1.000 environ qui étaient mis en vente, ont atteint le prix de 130 francs le kilogramme ; ces chiffres montrent l'importance des affaires qui se traitent chaque année sur le « marché de la Saint-Jean » de Limoges, dit la foire aux cheveux.

La grandeur relative de l'œil et l'appréciation du poids encéphalique.

On a reconnu qu'il existe, chez les vertébrés inférieurs une relation évidente entre la grandeur de l'œil et le poids de l'encéphale ; ce fait s'établit sans calcul.

Cette prépondérance se trouve chez les mammifères ; mais ici, pour s'en rendre compte, il faut d'abord déterminer la loi suivant laquelle la grandeur de l'œil varie avec la grandeur du corps entre animaux semblablement organisés.

On expose comment on peut établir des formules qui, après vérification, répondent bien à la réalité. Pour chaque espèce, il est nécessaire d'employer des corrections aux formules primitives, et l'auteur montre comment on peut les obtenir.

84e Année (Série XIIIe) — No 183 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 29 Janvier 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830 paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 29 Janvier 1913

Nos amis.

Au nombre des nouveaux décorés de la Légion d'honneur, nous sommes heureux de relever les noms de M. le Dr R. Hauser de Paris et de M. Georges Prunier, docteur en pharmacie à Paris.

Parmi les nouveaux titulaires de la rosette d'officier de l'Instruction publique et des palmes d'officier d'Académie, la *Gazette Médicale de Paris* compte plusieurs amis.

Toutes nos vives félicitations à MM. les docteurs Labadie-Lagrave et Gaulier qui viennent d'être promus officiers de l'Instruction publique et à MM. les docteurs Jumentié et Taubmann nommés officiers d'Académie.

Nos félicitations également à M. le Dr Foveau de Courmelles, membre du Comité de rédaction de la *Gazette Médicale*, dont le mariage avec Mme Marie Bressy vient d'être, en raison de deuils récents, célébré dans la plus stricte intimité.

Nomination.

Par décret, M. le Dr Heim, ancien agrégé de la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé professeur de la chaire d'hygiène industrielle au Conservatoire national des Arts-et-Métiers.

Charmants procédés !

Le Dr Delbet, chevalier de la Légion d'honneur, professeur de clinique à l'hôpital Necker, vient d'être victime d'une aventure vraiment déconcertante. Passant, dans son automobile, rue de Vouillé, par suite d'une cause encore inconnue, un tramway de la ligne Porte de Vincennes-Porte de Saint-Cloud, qu'il croisait, dérailla.

Aussitôt, furieux, le receveur accusa l'automobile d'avoir déterminé l'accident. Les avis étant partagés, l'employé, partisan de la manière forte, voulut, quand même, prendre le nom du propriétaire de la voiture. Et, sans autre préambule, il s'arma de la lourde pince destinée aux aiguillages, manière singulière de s'expliquer, et en frappa — simplement — le professeur Delbet. Par bonheur, celui-ci put éviter le coup et en fut quitte pour une blessure, assez profonde, à la main droite.

Non content, le receveur continuait... et il faisait déjà voler en éclats les vitres de l'automobile, lorsque, bien à propos, un agent intervint, qui rétablit l'ordre.

Espérons que l'auteur de cette inqualifiable agression sera avant longtemps traité comme il le mérite par les juges du tribunal correctionnel.

Prix de quelques drogues médicamenteuses en 1801

En 1801 la loi interdisait aux Commissions administratives des hôpitaux de traiter de gré à gré avec leurs fournisseurs : tout achat devait être fait par la voie de l'adjudication. Pour les médicaments en particulier, au moins, je pense, quand cet achat devait occasionner une dépense notable, les droguistes avertis par des affiches et des insertions dans les journaux, présentaient les échantillons des substances médicamenteuses demandées, en y joignant le prix auquel ils pouvaient les céder. Comme il n'y avait pas alors de pharmacien à l'Hôtel-Dieu, les médecins de cet hôpital, plus compétents qu'ils ne le sont généralement aujourd'hui en matière médicale, choisissaient parmi ces échantillons ceux qui, avec une qualité suffisante, n'étaient pas d'un prix exagéré.

Cependant, comme on le verra plus loin, les achats se faisaient bien souvent à l'amiable ; c'était peut être lorsque le besoin de ces substances se faisait inopinément sentir, et qu'on n'avait pas le temps de recourir à l'adjudication ou bien quand il s'agissait d'une dépense minime.

Il m'a paru intéressant de reproduire un de ces procès-verbaux d'adjudication, et aussi la mention de quelques-uns de ces achats à l'amiable, qui montreront, à la fois, quel était le prix de certaines drogues médicamenteuses, et celles dont l'usage était le plus courant.

« 6 *pluviôse, an* 9 (26 janvier 1801). Les médecins ayant procédé à l'examen des échantillons de drogues à acheter, mis sur le bureau, et les ayant trouvés de bonne qualité.

En conséquence et d'après les soumissions faites par plusieurs épiciers-droguistes, des fournitures de drogues aux hospices, et les soumissions les plus avantageuses, la Commission arrête qu'il sera acheté :

à des cit. Verand et Robinot :

12 livres rhubarbe saine à 10 livres 10 sous ou 10 francs 37 la livre.

355 livres mame nettoyée à 2 livres ou 1 fr. 98 la livre.

224 livres réglisse à 49 livres ou 48 fr. 40 le quintal.

100 livres esquine saine à 1 livre 16 sous ou 1 fr. 78 la livre.

80 livres salsepareille à 4 livres 10 sous ou 1 fr. 48 la livre.

10 livres cantharides à 9 livres 10 sous ou 9 fr. 38 la livre.

60 livres gomme adragante à 9 livres ou 8 fr. 89 la livre.

25 livres cannelle de la chine à 5 livres 10 sous ou 5 fr. 43 la livre.

et des cit. Sionnet frères :

5 livres camphre raffiné à 20 livres ou 19 fr. 75 la livre. »

Registre des délibérations, tome 5, page 13.

« Le 9 pluviôse (29 janvier 1801). Acheté au cit. Robert :

846 livres cassonnade blanche 1re qualité à 1 livre 8 sous ou 1 fr. 38 la livre.

1433 livres cassonnade blanche 2e qualité à 1 livre 6 sous ou 1 fr. 28 la livre. »

idem *idem* *page* 21

« 200 livres séné à 5 livres 5 sous la livre. »

idem *idem* *page* 46

« 100 livres esquine à 1 livre 16 sous ou 1 fr. 78 la livre.

5 livres safran gatinois à 82 livres ou 80 fr. 99 la livre.

12 livres rhubarbe à 11 livres 10 sous ou 11 fr. 36 la livre.

10 livres opium à 17 livres 10 sous ou 17 fr. 29 la livre.

6 livres scamonée à 24 livres ou 23 fr. 70 la livre.

4 onces musc tourin (*sic*) à 38 livres ou 37 fr. 53 la l'once.

50 livres jalap à 4 livres 10 sous ou 4 fr. 44 la livre. »

idem *idem* *page* 74

« 200 livres litbarge à 0 fr. 55 la livre.

15 livres cantharides à 8 fr. 75 la livre. »

idem *idem* *page* 115

« 40 livres aloès succotrin à 2 livres 5 sous ou 2 fr. 22 la livre.

6 livres gérofles à 6 livres 10 sous ou 6 fr. 42 la livre.

100 livres bois de sassafras à 22 sous ou 1 fr. 08 la livre.

100 livres amandes douces à 65 livres ou 44 fr. 20 le quintal. »

idem *idem* *page* 139

« livres yppécacuana (*sic*) à 13 livres 10 sous ou 13 fr. 33 la livre.

600 livres manne à 1 livre 10 sous ou 1 fr. 48 la livre.

20 livres agaric blanc à 1 livre 16 sous ou 1 fr. 73 la livre.

6 livres affium à 72 livres ou 71 fr. 11 la livre.

1.200 livres réglisse à 8 sous ou 0 fr. 39 la livre. »

idem *idem* *page* 176.

« 200 livres quinquina jaune à 5 livres 18 sous la livre.

30 livres argent vif à 3 livres 9 sous la livre ».

idem *idem* *page* 20.

J. D.

Une Initiative Américaine

Sur l'initiative de la *National Association for the Study and Prevention of Tuberculosis*, un dimanche national, est désormais consacré à la tuberculose, dans les 215.000 églises des Etats-Unis.

A la suite de la campagne contre la tuberculose qui a été entreprise dans les églises de centaines de ville, et des sermons sur la tuberculose qui ont été faits devant des milliers de congrégations, l'idée est venue d'organiser un dimanche permanent de la tuberculose et l'on espère qu'ainsi chacune des 33 millions de personnes qui fréquentent les églises des Etats-Unis prêtera l'oreille aux sermons de la Santé. On a l'intention d'enrôler dans le même mouvement de coopération active les associations antituberculeuses, les sociétés ouvrières, les organisations fraternelles et d'autres, avec les églises. Dans la plupart des grandes agglomérations, on est déjà sûr du concours du clergé.

Toutes les grandes sociétés provinciales, comme *the Young Men Chrtustion Association, the Young Women Christian Association, the King's Daughters and Sons* et différentes autres sociétés de jeunes gens, participent aussi à la campagne contre la tuberculose. On a l'intention de faire des sermons sur la tuberculose dans toutes les églises du pays. On distribuera des brochures aux membres des congrégations et on tentera, par tous les moyens, d'enseigner que la tuberculose est une maladie grave, qui peut être évitée et guérie. Les prêtres qui désireraient obtenir des informations complémentaires relatives à la tuberculose recevront des associations antituberculeuses locales et de comités d'hygiène ou de la *National Association*, les ouvrages et communications nécessaires.

La Fourmi destructeur de Mouches

Si tout cela pouvait être vrai !

Chargé de la surveillance sanitaire des viandes dans les îles Philippines, le capitaine Percy L. Jones a été frappé de la rareté des mouches, bien que les circonstances de température et de saison leur aient été favorables.

Il fit, nous disent les *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, trois expériences à l'aide de viande fraîche qu'il enferma dans une caisse avec des mouches et des moustiques, l'un des morceaux était enduit d'huile. Les insectes déposèrent leurs œufs indistinctement sur les trois morceaux.

Deux pièces furent laissée sur le sol à la portée des fourmis et l'autre fut suspendue au plafond de la chambre. Lorsque les larves firent leur apparition, en une nuit, les deux premières étaient redevenues nettes alors que l'évolution des mouches continuait sur la pièce de viande suspendue. La fourmi détruit les œufs et les larves de mouche.

L'auteur rapproche cette constatation du fait connu que les maladies transmises par les mouches et les moustiques sont rares aux Philippines, et préconise l'introduction des fourmis dans les milieux où sévit une épidémie propagée par les mouches.

La plus grande Pharmacie du Monde

Elle ne se trouve naturellement pas en France, mais l'on s'étonnera peut-être que ce ne soit pas non plus en Amérique. Elle se voit à Moscou ; elle s'appelle Ancienne pharmacie Nikolska, et elle a été fondée, il y a plus de deux cents ans. Elle occupe la totalité d'un immeuble spécialement reconstruit pour elle en 1833, lorsqu'elle fut acquise par M. Charles Ferrein, père du directeur actuel.

Le rez-de-chaussée appartient aux salles où s'exécutent les ordonnances. Le public n'est admis qu'au premier étage, dans un hall immense auquel on accède par un escalier de marbre. Auprès du hall sont installés des laboratoires de distillation, de stérilisation, etc., et le cabinet des poisons. Au deuxième et au troisième étages, ce sont les magasins. Au quatrième étage, il y a une bibliothèque, un musée, une chambre noire, le cabinet du directeur, une salle de cours — où les professeurs de l'Université viennent donner des leçons aux préparateurs.

Le personnel est innombrable : 13 pharmaciens, un médecin, 106 aides-pharmaciens et 95 aides-pharmaciennes, 48 élèves-pharmaciens et 20 élèves-pharmaciennes et 466 employés divers (dont 20 femmes) : caissiers, comptables, garçons de laboratoire, livreurs, chauffeurs, cochers, palefreniers, électriciens, frotteurs, grooms, etc.

La moyenne annuelle des ordonnances exécutées dépasse de beaucoup le demi-million.

Vie autonome d'appareils viscéraux

SÉPARÉS DE L'ORGANISME

D'après les nouvelles expériences de M. Alexis Carrel

Par M. le Professeur S. POZZI

Dans une communication que j'ai faite au mois de juin 1912, à l'Académie de Médecine, j'ai rapporté une série de belles expériences de M. Carrel, démontrant que du tissu conjonctif pouvait être maintenu en dehors de l'organisme à l'état de vie manifestée prolongée et qu'un fragment de cœur battait de façon normale plus de cent jours après son extirpation du corps d'un embryon de poulet.

Mais, dans ces expériences, la quantité des tissus vivant *in vitro* était très petite. On conçoit combien il était important, pour l'étude de nombreux problèmes, d'expérimenter sur une plus grande quantité de tissus. Dans ce but, M. Carrel a, depuis lors, essayé d'établir une technique qui permette à un système d'organes de vivre en dehors de l'organisme d'une manière autonome. C'est cette nouvelle série d'expériences remarquables dont il est ici question.

Cette méthode consiste simplement à enlever aseptiquement, en une seule masse les organes thoraciques et abdominaux d'un animal, en général d'un chat, et à les conserver dans certaines conditions à la température de 38 degrés.

La peau du cou, du thorax et de l'abdomen d'un chat anesthésié à l'éther est stérilisée. L'œsophage est lié et coupé aseptiquement. Dans la trachée sectionnée et intubée, on introduit une sonde de caoutchouc pour pratiquer la respiration artificielle suivant la méthode de Meltzer et Auer. L'abdomen est alors ouvert. L'aorte et la veine cave sont liées et coupées près de la bifurcation. L'intestin grêle est coupé aseptiquement. Les uretères sont aussi sectionnés. Puis on lie et coupe toutes les branches postérieures de l'aorte et de la veine cave, et on isole complètement les viscères abdominaux de la paroi abdominale. Ils ne sont alors unis à l'animal que par un pédicule composé de l'aorte et de la veine cave. On ouvre ensuite la cavité thoracique. Le diaphragme est séparé de la paroi costale. Les artères innominées, la veine cave supérieure et la veine azygos sont liées et coupées. L'animal meurt. Les nerfs vagues, sympathiques et phréniques sont coupés. On coupe aussi toutes les branches postérieures de l'aorte thoracique. A ce moment, les pulsations du cœur sont généralement faibles, et la pression artérielle très basse.

On extirpait alors en une seule masse du cadavre de l'animal les viscères thoraciques et abdominaux unis par leurs vaisseaux sanguins, et on les plaçait dans un bassin contenant de la solution de Ringer à la température de 38 degrés. En général, le cœur battait encore lentement et régulièrement. Mais la pression sanguine était basse, les pulsations cardiaques faibles, et l'apparence des organes très anémique. Au bout de quelques minutes, la pression sanguine s'élevait et devenait parfois presque normale. En général, on transfusait à l'organisme viscéral une certaine quantité du sang d'un autre chat. Alors, les poumons devenaient roses, la pression sanguine s'élevait et le cœur battait régulièrement de 120 à 150 fois par minute. Les pulsations de l'aorte abdominale étaient violentes. On pouvait voir et sentir les pulsations des artères de l'estomac, de la rate, des reins et même des ovaires. On observait ainsi des contractions péristaltiques de l'estomac et de l'intestin. L'apparence des viscères était redevenue tout à fait normale.

On plaçait alors l'organisme viscéral dans une boîte remplie de solution de Ringer. On le couvrait d'une mince soie du Japon et on le protégeait par une plaque de verre. Le tube trachéal était fixé à une ouverture pratiquée dans la paroi de la boîte. Un tube était fixé à l'œsophage. On pouvait donc injecter dans l'estomac de l'eau ou des aliments. L'intestin était attiré en dehors de la boîte à travers un tube spécial et on y établissait un anus artificiel. Puis la boîte était placée dans une étude à la température de 38 degrés.

Dans ces conditions, les viscères vivent dans un état en apparence normal. Les pulsations du cœur sont fortes et régulières. La circulation des organes est normale. L'intestin présente des contractions péristaltiques et se vide par l'anus artificiel. Quand l'intestin est vide, de la bile et du mucus intestinal sont évacués. Dans une expérience où l'estomac était plein de viande au moment de la mort de l'animal, une digestion normale se produisit pendant les heures suivantes.

Quelques organismes viscéraux moururent presque subitement après trois ou quatre heures. Mais la plupart d'entre eux vivaient encore activement dix, onze et même treize heures après la mort de l'animal dont ils avaient fait partie. La mort des organismes viscéraux était annoncée par quelques irrégularités, dans les pulsations du cœur, qui devenaient aussi plus faibles. Puis le cœur s'arrêtait presque soudainement.

Il est probable, ajoute M. Carrel, que la durée de la vie des organismes viscéraux pourra être augmentée par certaines modifications de la technique. Mais elle est déjà suffisante pour l'étude de nombreux problèmes de physiologie et de chimie biologique.

Je viens de relater les expériences de M. Carrel en transcrivant les notes qu'il m'a remises. Je crois inutile d'en faire longuement ressortir l'importance.

Certes, d'autres physiologistes avaient déjà réussi à conserver pendant assez longtemps des organes entiers vivant et fonctionnant en dehors de l'organisme. Mais ce résultat était obtenu par des moyens artificiels, c'est-à-dire à l'aide d'une circulation artificiellement entretenue, ou avec la perfusion du sang défibriné, du sérum ou du liquide de Locke.

Un des premiers points originaux des expériences de Carrel est que la vie des organes se maintient par l'effet de la circulation naturelle, avec le sang de l'animal lui-même qui s'oxygène dans les poumons et qui est envoyé par son cœur aux tissus.

Un second point me paraît digne d'être signalé. Il ne s'agit plus ici de la survie d'un seul organe séparé, mais bien de la survie d'un ensemble d'organes, de la totalité des appareils splanchnique, respiratoire, circulatoire, digestif, fonctionnant en une sorte de symbiose prolongée. N'y a-t-il pas quelque chose de saisissant dans cet *organisme viscéral*, comme dit M. Carrel, qui vit isolément, sans tête et sans membres, et qui évoque l'idée fantastique d'une larve de gigantesque invertébré ?

Enfin, la durée vraiment inattendue de cette vie associée de divers organes, séparés du reste du corps et du système nerveux central par une espèce de décortication, offre un intérêt considérable pour démontrer l'indépendance de la vie végétative et de la vie de relation.

Considérations sur la Pyorrhée alvéolaire au point de vue de son origine, de ses symptômes et de ses conséquences locales et générales

Par M. VANDER WAETER

Médecin de régiment de 2e classe de l'armée belge

D'une manière générale, le nom de pyorrhée alvéolaire s'applique à toutes les affections de la région gingivo-dentaire qui aboutissent à la chute des dents.

A un moment donné de leur évolution, la plupart d'entre elles s'accompagnent d'un écoulement de pus qui constitue de la pyorrhée, mais cette dernière n'en est cependant pas un symptôme nécessaire et il existe des formes dites sèches.

En effet, on a observé qu'un certain nombre de périodontites chroniques évoluent souvent pendant longtemps en l'absence de toute suppuration. La pyorrhée n'est donc pas une maladie déterminée, mais un symptôme commun à la plupart des affections chroniques des tissus gingivo-dentaires, qui ont pour caractère commun celui de détruire les rapports anatomiques de ces tissus, de les modifier dans leur structure et par conséquent dans leur rôle physiologique qui consiste à fixer les dents. Ces modifications qui surviennent ainsi dans les organes fixateurs, dont le dernier terme est la chute des dents, le plus souvent après suppuration, mais parfois sans pyorrhée, sont ou paraissent préparées ou entretenues, soit par des changements physiologiques de ces organes, soit par des variations dans leur texture et leurs modes de réaction dues à des causes pathologiques locales ou générales.

Physiologiquement, les gencives dans leur portion para-cervicale, mais surtout le ligament alvéolo-dentaire et les alvéoles, sont des tissus transitoires dont l'apparition et l'existence sont liées à la présence des dents et qui subissent au cours de leur développement des transformations en rapport avec les deux dentitions. Continuellement, ils sont soumis à des pressions qui en régularisent ou activent la circulation sanguine, au même titre que la marche est la condition nécessaire du fonctionnement normal de la circulation des membres inférieurs. Ce sont de plus, des organes terminaux et comme tous ces organes ils ont donc une circulation collatérale insuffisante. Les organes transitoires sont plus vulnérables à l'action des causes pathologiques que les tissus à type permanent et à fonction persistante ; il en est de même pour les organes terminaux.

D'un autre côté, certaines particularités anatomiques (minceur exagérée des alvéoles par exemple au niveau de certaines dents) constituent pour ces tissus une infériorité marquée à l'action des causes extérieures.

Les influences pathologiques locales ou générales qui agissent directement ou indirectement sur les tissus gingivo-dentaires ont pour conséquences, soit des modifications de leur texture anatomique, soit des changements de leur état physiologique.

Tels sont, dans le premier cas, l'action de la répartition inégale par excès ou par défaut des pressions supportées par les tissus, les lésions des vaisseaux (scléroses vasculaires), les modifications dans la composition du sang ; et dans le deuxième, l'action de toutes les maladies aiguës ou chroniques, en un mot, de tous les états dits constitutionnels.

Enfin, il est une considération dont l'importance est capitale, c'est que la région gingivo-dentaire est tout entière située dans la cavité buccale dont on connaît la richesse au point de vue de la flore bactérienne. Si la virulence des microorganismes est exaltée, nos moyens de défense diminués, alors intervient l'action des causes qui, dans l'état actuel de nos connaissances, doivent être regardées comme les causes vraiment efficientes de la pyorrhée, les autres n'étant en quelque sorte que des causes prédisposantes.

L'irritation mécanique résultant du séjour constant au niveau du rebord alvéolaire, ou plutôt contre ce rebord, du détritus constitué par des corps étrangers, n'est lui-même qu'une cause se-

condaire ; la véritable cause de la suppuration alvéolaire est l'action des espèces aérobies ou anaérobies sur les tissus de la région.

Il est actuellement impossible de dire quelles espèces deviennent prédominantes et il est probable que les microorganismes ordinairement pyogènes jouent le rôle principal dans ces infections ; mais on ne sait rien de précis ni sur les modifications produites par les différents états constitutionnels dans les qualités des milieux de culture qui constituent les tissus gingivo-dentaires, ni sur le rôle des différentes espèces aérobies ou anaérobies suivant les diverses formes de pyorrhée en rapport avec la variabilité des causes elles-mêmes.

Avant de pouvoir déterminer les causes exactes de la pyorrhée alvéolaire, bien des questions restent à élucider, dont les principales sont : 1° les modifications que subit le tissu alvéolo-dentaire au point de vue anatomo-pathologique ; 2° l'influence de la sécrétion salivaire, des affections générales ; 3° comment expliquer les formes graves d'une pyorrhée alvéolaire chez les personnes qui ne présentent au niveau de la région gingivale aucune lésion locale ou aucun état constitutionnel ; 4° comment expliquer aussi que la pyorrhée alvéolaire s'observe souvent au niveau de dents saines, épargne au contraire les dents cariées, profondément altérées, de même que les racines infectées, au point qu'il semble qu'un antagonisme existe entre la carie et la pyorrhée alvéolaire ; 5° son influence sur une pulpe vivante.

Causes de la pyorrhée alvéolaire. — D'une façon générale, on peut dire que cette affection se montre le plus souvent dans les bouches peu soignées ainsi que dans celles où les dents sont recouvertes de concrétions tartriques ou irritées par des couronnes mal serties, des crochets ou appareils de prothèse défectueux, des obturations surplombantes, des ligatures, etc. Chez les ouvriers qui manient les sels de cuivre, de plomb ainsi que chez les malades soumis à un traitement mercuriel.

Quant aux affections générales qui y prédisposent, ce sont surtout l'anémie, la goutte, le rhumatisme, le diabète, la syphilis, ainsi que certaines affections chroniques du système nerveux, circulatoire, hépatique, ou bien une nutrition insuffisante ou défectueuse qui entraîne des troubles de cette fonction. Ainsi on a observé que dans les grandes prisons de l'Inde, on trouve une moyenne de 200 prisonniers sur 1.000 atteints de cette affection et que dans les régions où régnait une famine, elle était très répandue.

Quoi qu'il en soit, malgré les recherches patientes, les nombreuses observations recueillies, les auteurs ne se sont pas encore mis d'accord sur les causes efficientes réelles de la pyorrhée alvéolaire et ce qui montre l'incertitude qui règne encore sur cette question, c'est que les uns l'attribuent à une cause locale, d'autres à un état constitutionnel et un troisième groupe que l'on appelle les fusionnistes à une cause locale préparée et entretenue par un état constitutionnel préexistant.

Tout d'abord, les causes locales d'irritation de la gencive, tels que traumatismes, corps étrangers d'origine extérieure, poudres dentifrices composées de corps insolubles, obturations mal exécutées, etc., etc., peuvent bien amener une gingivite localisée mais ne sont pas en état de produire une pyorrhée alvéolaire. Il faut y ajouter une modification du milieu buccal qui ne peut survenir qu'à la suite de l'augmentation de la virulence des microorganismes ou de la diminution de la résistance des tissus.

Comme cause d'irritation locale, il faut citer en premier lieu la présence de tartre au niveau du collet des dents qui provoque une gingivite. La gencive se ramollit, devient fongueuse, se détache de la dent et met à nu le rebord alvéolaire. La porte est donc ouverte à l'infection venue de la cavité buccale. Rœmer admet le rôle prépondérant de l'accumulation du tartre dans les poches gingivales ; mais aussi longtemps que la résistance des tissus est normale, il ne se produit tout au plus qu'une gingivite marginale purulente qui n'arrive pas à une destruction purulente du périodonte ; la maladie ne s'établit que dans les cas où la résistance des tissus diminue par suite de troubles généraux de la nutrition.

On connaît les objections faites à l'origine tartrique de la pyorrhée ; ainsi, on peut observer des pyorrhées tout à fait caractéristiques sans que l'on constate la moindre concrétion sur les dents ; très souvent la maladie débute au niveau des faces des dents où ne se trouve pas la moindre trace de tartre, alors qu'il s'accumule en quantité tout à fait notable sur une face opposée où ne s'observent pas ou peu de signes de la maladie.

Actuellement on ne peut plus admettre que la présence du tartre ait une action simplement mécanique sur les tissus de la région ; ce sont les microorganismes qu'il contient qui sont vraiment la cause des états pyorrhéiques. La présence du tartre n'est pas nécessaire pour que leur action puisse se faire sentir ; toutes les irritations infectieuses provenant de la cavité buccale et qui agissent d'une manière intensive et continue sur le bord alvéolaire peuvent donner naissance à de la pyorrhée.

La cause primordiale se trouve dans le détritus marginal qui est constitué par des débris alimentaires plus ou moins décomposés, de l'épithélium desquamé, du mucus et de nombreuses bactéries. De tout l'organisme, il n'y a aucune partie du corps qui soit plus soumise à l'action constante d'irritations plus infectieuses que le bord alvéolaire.

C'est donc la stagnation au niveau de la gencive qui est la principale cause prédisposante de la pyorrhée ; c'est la permanence des irritations extérieures septiques qui lui imprime son caractère chronique ; c'est elle, tout au moins dans les cas avancés, qui lui donne ce caractère d'incurabilité qui lui est propre. La virulence du détritus augmente avec la moindre affection locale de la bouche ou à la suite d'une maladie générale. La résistance du terrain peut être également diminuée et c'est à cela que se réduit l'action des irritations mécaniques du bord de la gencive.

Le groupe de ceux qui considèrent la pyorrhée alvéolaire comme un symptôme précoce et souvent pathognomonique d'un état constitutionnel est nombreux et le promoteur de cette théorie est Magitot qui donna à la maladie le nom d'ostéopériostite alvéolo-dentaire.

De tous les états constitutionnels dans lesquels on a signalé la pyorrhée, c'est l'arthritisme ou les affections qui s'y rattachent, et parmi ces dernières il faut surtout citer la lithiase biliaire, l'obésité, le diabète, la gravelle, la goutte et certaines formes de rhumatisme. Pour ne parler que du diabète, il est un fait certain c'est la coïncidence fréquente de cette affection et de la pyorrhée. La suppuration alvéolaire est en rapport ici, comme toujours, d'une part, avec la diminution de résistance du terrain, et, d'autre part, avec les modifications de la virulence des bactéries buccales. L'arthritique en général, le diabétique en particulier, offrent à l'invasion bactérienne une résistance amoindrie et inférieure à celle de l'individu sain, mais comment expliquer le fait ? S'agit-il de modifications de la nutrition amenant la production de déchets anormaux et une intoxication locale ? S'agit-il de troubles de la circulation, de lésions vasculaires consécutives à une autointoxication ? Ou la présence du sucre dans les tissus de la région alvéolaire en modifie-t-elle les qualités et les moyens de défense ? Il paraît difficile de donner des arguments précis en faveur de l'une ou l'autre des deux premières interprétations. En ce qui concerne la dernière, nous savons que la présence du sucre dans les tissus de l'organisme est un fait généralement accepté ; la surcharge glycogéique des tissus péridentaires peut donc être soutenue.

On sait aussi que l'on a abaissé la résistance des tissus aux infections microbiennes en général, en rendant les animaux glycosuriques ; on peut donc admettre que la vitalité des éléments cellulaires des diabétiques est diminuée et qu'ils fournissent un terrain favorable à l'action des microbes ou de leurs produits de sécrétion. D'autre part encore, la virulence de ces derniers est augmentée en même temps que les conditions de l'immunité buccale sont modifiées. La sécrétion salivaire est diminuée, le rôle de son action mécanique est donc affaibli. A l'état normal, elle entrave aussi les fermentations en raison de sa réaction alcaline et bien que les auteurs ne soient pas d'accord sur la présence du sucre dans la salive des diabétiques, en revanche tous admettent qu'elle a une réaction acide.

En résumé, la diminution de résistance des tissus et l'augmentation de la virulence des microorganismes paraissent donc démontrées ; elles sont une explication qui peut être satisfaisante pour les faits que la clinique permet de constater, c'est-à-dire la coïncidence des deux affections, la pyorrhée et la glycosurie. En ce qui concerne le mécanisme et l'ordre de succession des phénomènes aboutissant à l'établissement de la pyorrhée, on avait admis qu'ils pouvaient s'interpréter de la façon suivante : apparition de la gingivite due à l'action des espèces microbiennes plus virulentes qu'à l'état normal sur un terrain dont la résistance est amoindrie ; lésions de la gencive amenant des modifications dans la structure, sa coloration, sa consistance, et surtout ses rapports anatomiques ; relâchement de la gencive, décollement au niveau du collet, communication des articulations dentaires avec la cavité buccale, suppuration du ligament alvéolo-dentaire, destruction du ligament et des procès alvéolaires, perte des moyens de fixité et chute des dents. En d'autres termes, une marche centripète de l'affection.

Mais il n'est plus permis aujourd'hui de s'en tenir à cette interprétation et l'on admet que chez les diabétiques comme chez les goutteux le processus peut évoluer de l'apex ou extrémité de la racine vers la couronne, donc prendre une marche centrifuge.

Symptomatologie. — Le début de la pyorrhée alvéolaire est très insidieux. La marche de la maladie est pour ainsi dire indolore, les signes subjectifs et objectifs peu accusés. L'un des premiers symptômes est le déchaussement d'une ou de plusieurs dents, d'où sensibilité au niveau des collets sous l'action des boissons chaudes ou froides. Le matin, un certain degré d'irritation ou de tiraillement dans les parties malades et attribué autrefois à un refroidissement. Arrivé à ce stade, on observe déjà de la suppuration qui passe inaperçue et à laquelle le malade n'attache pas ou peu d'importance. Ce pus, dans la plupart des cas, ne présente aucune odeur, tout au plus le malade a-t-il un mauvais goût dans la bouche. La gencive saigne sous l'influence de la mastication et ce n'est que lorsque le patient éprouve de la douleur et de la difficulté à mastiquer ses aliments, que ses dents deviennent mobiles, qu'il se décide à consulter.

Il n'est pas rare de constater que des douleurs très vives s'irradiant dans tout un côté de la face soient prises pour des névralgies et traitées comme telles.

Comme symptômes subjectifs, de la rougeur localisée au bord libre de la gencive, sur lequel se dépose un détritus visqueux, parfois dur, ressemblant à des concrétions tartriques, recouvrant le collet dentaire du côté labial et lingual des incisives inférieures surtout et des molaires. A ce moment, le traitement peut encore enrayer la maladie.

Plus tard, parfois après plusieurs années, si l'on n'est pas intervenu, les bords de la gencive s'épaississent, augmentent de volume. Les papilles interdentaires prennent une coloration cyanosée, saignant au moindre attouchement. Dans d'autres cas, surtout chez les personnes soignant leur bouche, la gencive subit un phénomène de régression mettant à nu le collet des dents. Elle est d'un rose pâle, tendue.

Mais la maladie n'en suit pas moins son cours et le pus ne tarde pas à se montrer et sous la pression du doigt allant de l'apex vers la couronne de la dent, il s'écoule en gouttelettes d'une couleur blanc jaunâtre, le plus souvent au niveau de la surface labiale des incisives inférieures et de la surface linguale des grosses molaires. Au niveau de son bord libre, la gencive forme une poche dans laquelle s'accumule le pus et qui est la caractéristique de l'affection. Quand on y fait pénétrer un stylet, on perçoit dans le fond un tissu de granulation saignant facilement. Il va sans dire que le ligament circulaire est entièrement détruit et que la paroi alvéolaire elle-même est en partie nécrosée.

Quant aux dents, elles commencent à devenir mobiles au début de la suppuration ; ce phénomène se remarque surtout au niveau des incisives et comme il se produit en même temps une certaine régression de la gencive, ces dents paraissent allongées. Ce qu'il y a de singulier

dans cette affection, c'est la rareté des caries : dans toutes les affections qui mettent à nu le collet des dents, il est de règle de constater des points cariés à leur face médiale ou distale, tandis que les dents atteintes de pyorrhée alvéolaire n'en présentent pas, au point que l'on peut dire que ces deux affections s'excluent.

On observe également dans le cours d'une pyorrhée alvéolaire la présence d'abcès qui se forment périodiquement tous les trois à quatre mois et de préférence à des endroits d'élection (surface linguale des incisives et labiales des molaires supérieures). Ils se manifestent par une tension de la région, une certaine mobilité des dents et s'accompagnent d'une élévation de température. Ouverts, ils donnent lieu à un écoulement abondant de pus à la suite duquel les dents récupèrent leur fixité.

CONSÉQUENCES LOCALES ET GÉNÉRALES. — Localement, la conséquence la plus précoce et la plus constante est la déviation de la dent malade, soit qu'elle s'incline sur le côté, en avant ou en arrière ou bien subit un mouvement de rotation sur son axe. En même temps, elle s'allonge et son bord libre dépasse le niveau des dents voisines. Cette déviation est le seul fait qui frappe le malade au début, par suite du changement qu'elle apporte dans les rapports des arcades dentaires et de la gêne qui en résulte dans les fonctions de la bouche.

Apparaît après un temps plus ou moins long la phase pyorrhéique qui accentue les modifications préexistantes. Il peut en être ainsi jusqu'à la période ultime de l'affection dont souffrent cette dent ou ces quelques dents jusqu'à leur chute naturelle ou due à une extraction nécessaire.

Quoi qu'il en soit, dès le moment où sont apparus la déviation et l'allongement, la statique du système dentaire est modifiée ; les pressions ne se répartissent plus normalement, elles se font sentir par excès ou par défaut sur les autres dents et ainsi peuvent être créées de nouvelles conditions locales favorables à la production de lésions alvéolaires osseuses, d'où l'extension de la pyorrhée à une nouvelle série de dents.

Au cours de l'évolution de la maladie, les dents changent de coloration, elles prennent une teinte grisâtre et même noirâtre. C'est l'indice d'une modification profonde de l'organe, due à une forme spéciale de pulpite.

L'inflammation a gagné de proche en proche jusqu'au sommet de la racine, point de pénétration du faisceau vasculo-nerveux de la dent ; celui-ci éprouve lui-même par contiguïté les effets de la maladie et il en résulte des altérations de la pulpe qui aboutit à sa destruction.

Nous avons mentionné dans la symptomatologie, les douleurs, la salivation et l'odeur spéciale de l'haleine. La gêne de la mastication qui la rend défectueuse joue un certain rôle dans la production des troubles digestifs.

La marche chronique de la pyorrhée alvéolaire est troublée par des poussées aiguës plus ou moins fréquentes qui se terminent le plus souvent par de véritables abcès qui viennent parfois s'ouvrir dans la région vestibulaire ; persistent ensuite des fistulettes dont l'orifice conduit sur l'alvéole dénudée. Galippe regarde comme une des complications les plus fréquentes la production au niveau du rebord alvéolaire de fistules intarissables conduisant ordinairement sur un séquestre.

Les névralgies sont également fréquentes et semblent consécutives à l'existence de lésions pulpaires.

La pyorrhée alvéolaire doit avoir une action évidente sur l'économie, car on n'absorbe pas impunément pendant des mois et des années des sécrétions purulentes contenant des agents aussi infectieux que ceux de l'arthrite alvéolo-dentaire.

L'observation clinique permet aussi d'affirmer qu'il peut se développer à la suite des états pyorrhéiques des intoxications chroniques le plus souvent sans grande gravité, mais qui n'en indiquent pas moins une diminution de résistance de l'organisme et qui par conséquent créent chez les malades qui en sont atteints un terrain favorable à l'action de causes morbigènes de toutes sortes.

Il est bien établi, et le fait est admis par tous les stomatologistes, que l'apparition d'états gastriques plus ou moins définis est manifestement liée à l'existence de suppurations chroniques de la région gingivo-dentaire ; des affections stomacales ayant résisté longtemps à tous les traitements institués ont disparu à la suite du traitement suivi de succès de la pyorrhée. La plupart du temps, ces états sont mis sur le compte d'une mastication défectueuse due à la mobilité ou à la disparition des dents, mais de nombreuses observations ont démontré que si la suppuration diminue ou disparaît, les symptômes stomacaux diminuent ou disparaissent en dépit de la mobilité des dents rendant la mastication difficile ou avant la cicatrisation complète des plaies alvéolaires si les dents ont dû être extraites. Parmi les troubles cardio-vasculaires, on cite surtout des cas d'endocardite infectieuse et des septicémies phlébitiques. Pour certains observateurs, la pyorrhée jouerait un rôle dans l'apparition de certaines diathèses, diabète, etc.

Sans entrer dans les détails au sujet du traitement, nous pouvons nous demander si la pyorrhée est curable. Pour bien des auteurs la guérison des états pyorrhéiques, surtout de ceux qui sont liés à des états constitutionnels, est une illusion. Il est déjà difficile de guérir une pyorrhée ordinaire, il est impossible de la guérir chez les diabétiques ; il faudrait pour cela guérir le diabète lui-même.

Il n'est cependant pas sans intérêt de remarquer que la diminution de la glycosurie amène la diminution de la suppuration alvéolaire.

De là à prétendre qu'il est inutile d'entreprendre un traitement, il n'y a pas loin, et c'est encore l'opinion d'un grand nombre de médecins. Si nous ne sommes pas en état de poser des indications thérapeutiques basées sur la connaissance d'une pathogénie indiscutable, il n'en est pas moins vrai qu'avec les seuls procédés dont nous disposons, on obtient souvent des effets remarquables.

Par le traitement local seul ou combiné avec le traitement général, on obtient toujours la disparition des douleurs, très souvent une amélioration très considérable de la gingivite ou la diminution notable de la suppuration, et c'est à quoi doivent tendre tous nos efforts.

Avec la disparition de la suppuration, on ne peut pas considérer l'état pyorrhéique comme guéri, mais on obtient sinon l'arrêt, du moins un retard considérable de la marche envahissante de l'affection. Si ce résultat survient dans les débuts de la pyorrhée, les dents peuvent récupérer une solidité satisfaisante ; plus tard, la mobilité persiste, il faut bien le reconnaître, un peu diminuée mais considérable encore ; mais les inconvénients qui en résultent peuvent être palliés par la prothèse dont les ressources sont inépuisables.

De plus, la suppression de la suppuration amenant la disparition des phénomènes d'intoxication et l'amélioration de l'état général sera pour le praticien qui entreprend la cure d'une pyorrhée alvéolaire un résultat très encourageant.

REVUE CLINIQUE

Kyste du Canal de Nück

Par M. ROGER
Interne des Hôpitaux de Reims

Depuis certaines lois sur les accidents du travail et la multiplication du nombre des cliniques d'assurances, les malades amenés d'urgence à l'Hôpital sont fort peu intéressants. A part quelques croups nécessitant la trachéotomie et quelques rares malades atteints d'écrasement des membres, de péritonite ou de hernie, il est très rare de rencontrer autre chose que des coups de couteau ou des plaies sans importance. Cependant nous avons eu la satisfaction de recevoir d'urgence une malade qui tout d'abord nous paraissait être un cas banal : une hernie étranglée, et qui, par la suite, est devenue fort intéressante.

Le 21 octobre 1912, à midi, nous faisons l'admission d'une femme Alphonsine L., 25 ans, employée typographe : examinée avec autant de soin qu'il est possible étant donné sa faiblesse et la sensibilité qu'elle présentait, nous obtenons les renseignements suivants :

La malade se présente à nous avec un teint terreux, les yeux excavés, le nez pincé, les joues creuses, la bouche entr'ouverte. — Se plaignant énormément elle montre une tumeur siégeant à la région inguinale droite — tumeur de la grosseur d'un œuf de poule et recouverte d'une peau saine, — pas trace d'inflammation.

Quelques jours après l'opération, l'état de cette malade nous le permettant, nous l'interrogeâmes et elle nous donna les renseignements suivants :

Comme antécédents familiaux : la mère est morte de fièvre puerpérale, elle souffrait en plus d'une maladie de cœur et de foie.

Comme antécédents personnels : au point de vue du *système nerveux*, la malade reconnaît être sujette à des crises hystériformes débutant par une douleur qui prend naissance au niveau de l'ovaire droit, cette douleur remonte ensuite jusqu'à la région stomacale ; alors apparaissent des étouffements, de la suffocation, puis de la perte de connaissance. La malade a alors une crise d'une demi-heure en moyenne, mais pouvant durer jusqu'à une heure et demie. A la suite de ces crises, la malade présente des contractures durant une journée environ. La recherche des stigmates a montré de la sensibilité de l'ovaire droit, sensibilité qui devient double avant la crise. Pas d'insensibilité de la cornée, pas d'anesthésie pharyngée, pas de dyschromatopsie ou seulement avant les crises, pas d'anesthésie cutanée ; comme zones hystérogènes : un point ovarien droit, un point stomacal et un point occipital droit.

L'appareil respiratoire et *l'appareil circulatoire* ne présentent rien de particulier.

Quant au *tube digestif*, la malade reconnaît aller très irrégulièrement à la selle, aussi souffre-t-elle d'une façon continue mais plus intense à la fin de chaque période de constipation au niveau du cœcum.

Pour ce qui est de la *tumeur inguinale* la malade s'en est aperçue pour la première fois il y a 19 mois. 2 mois après, elle a eu une grossesse pendant laquelle la tumeur a disparu, puis au bout de 9 mois elle a apparu de nouveau. Cette tumeur grossit au moment des règles et est plus douloureuse pour diminuer ensuite de volume. Entre les règles, la douleur au niveau de cette tumeur est légère et supportable.

Trois choses sont à noter dans cette observation : 1° le kyste et le canal découverts au moment de l'opération ; 2° l'hystérie qu'accuse la malade ; 3° et la douleur constante au niveau du cœcum d'autant plus intense que la période de constipation est plus longue.

Le canal, à n'en pas douter, n'est autre chose que le canal péritonéo-vaginal de Nück; sûrement il existe, car son trajet a été suivi de bas en haut en remontant dans la cavité abdominale, de plus, à la dissection, il se présentait aussi net, aussi bien délimité qu'un sac herniaire et enfin après la ligature et la section du canal, le bout restant est rentré de lui-même dans la cavité attiré par le péritoine pariétal antérieur dont il dépendait à coup sûr.

Le ventre ne parait pas ballonné, pas d'anses intestinales distendues. — Les membres inférieurs sont dans la flexion.

A la palpation nous constatons que le ventre est très sensible, douloureux ; mais pas au point spécial attirant notre attention. La tumeur paraît aussi douloureuse que le reste. Elle est molle, irréductible, mate, sans propulsion à la toux, ayant tout à fait l'aspect d'une hernie inguinale étranglée.

Comme renseignements précis, la malade déclare avoir eu ses règles le 12 sans souffrances, puis brusquement le matin du 21, elle a éprouvé une douleur violente au niveau de l'estomac. Rentrant chez elle, elle se couche ; puis elle

éprouve des vomissements, la douleur allant en augmentant jusqu'à midi, heure de son arrivée, et chose particulière qui, sur le moment, n'attire pas notre attention, elle dit être constipée et rester quelquefois huit jours sans aller à la garderobe.

Considérant l'état de la malade et ces quelques renseignements, nous jugeons nécessaire d'appeler d'urgence le chirurgien : M. le Dr Harman.

Devant l'absence de certains symptômes d'occlusion intestinale et la constipation habituelle accusée par la malade, M. Harmann émet un doute, mais néanmoins se décide à pratiquer d'urgence la kélotomie.

L'incision de la peau ayant été faite et après avoir pratiqué la section des plans superficiels, on tomba sur un sac qui fut ouvert et aussitôt un demi-verre de liquide légèrement teinté rouge s'écoula.

L'examen du sac montra une poche vide, sans intestin. A l'aide de la sonde cannelée, un examen minutieux fut fait et permit de découvrir deux diverticules eux aussi sans issue. C'est alors qu'en un point présentant une surélévation blanchâtre, une incision ayant été faite montra l'orifice d'un canal accolé à la face antérieure du ligament rond, long de 10 centimètres et juste large assez pour laisser passer une sonde cannelée qui pénétra jusque dans la cavité abdominale. La séparation du canal fut faite avec les éléments environnants, puis la ligature et la section pratiquée, la paroi refaite et la peau suturée.

Dès le lendemain, la malade déclarait ne plus souffrir, l'état général s'améliora, le facies devint meilleur et actuellement la malade se lève et est guérie.

Quant au kyste, étant donné sa situation et le rapport qu'il présentait avec l'orifice inférieur du canal, c'était bien un kyste de Nück.

Ces kystes du canal de Nück, quoique rares, ne sont pas chose exceptionnelle.

Actius, le premier, en 543 après J.-C. donne la description de cette affection d'après une observation tirée des écrits de la sage-femme Aspasie : « La hernie aqueuse est une tumeur molle qui occupe tantôt une des grandes lèvres, tantôt les deux et qui donne au toucher une certaine fluctuation ».

Ambroise Paré lui-même en cite un cas. Plus récemment Charpy, Tillaux, Berger, Weschselmann, le Dr Vasseur, le Dr Kisbirion et le Dr Guilhaumon ont étudié et reconnu l'existence de ces kystes.

L'étiologie de cette affection est inconnue, tout ce que l'on sait c'est qu'elle présente certains rapports avec la grossesse et les règles, c'est ce que nous constatons chez notre malade.

Les symptômes sont ordinairement uniquement physiques : la fluctuation plus ou moins difficile à reconnaître, la consistance particulière, la transparence du liquide presque impossible à constater, le pédicule s'enfonçant vers la profondeur, la mobilité dans le sens vertical, le volume invariable sous l'influence de la pression abdominale, tels sont les signes habituels.

Le diagnostic positif puis différentiel doit éliminer une hernie, un kyste de la glande vulvo-vaginale, un diverticulum de la vessie, un ovaire hernié kystique, une tumeur solide du ligament rond, un hygroma professionnel. Mais ici rien de tout cela.

Au lieu de symptômes physiques, des symptômes généraux qui trompent notre attention et l'attirent du côté de la région abdominale ; comment songerait-on à un kyste quand une malade se présente à nous avec un facies péritonéal, de la température, un pouls rapide et petit, un ventre douloureux, des vomissements, de la constipation ; le diagnostic paraissait celui d'une hernie étranglée.

En réalité, point de hernie, la tumeur est un kyste, la douleur au niveau du cœcum de la typhlite et les symptômes généraux de l'hystérie.

Nous pensons donc qu'il s'agit d'un kyste du canal de Nück chez une hystérique atteinte de typhlite (1).

REVUE DE PATHOLOGIE

Série Familiale de Malformations congénitales

Par M. le Docteur PETIT DE LA VILLÉON

Il s'agit d'une famille qui constitue un type curieux de transmission de malformations congénitales frappant trois générations se suivant immédiatement en ligne directe. Les observations de cet ordre, avec examen direct par le chirurgien lui-même des malformés des trois générations successives, sont tout à fait exceptionnelles.

La famille se compose d'une grand'mère, d'une jeune mère et de trois enfants. La grand'mère est atteinte d'une luxation congénitale de la hanche unilatérale. La mère est atteinte d'une luxation congénitale de la hanche unilatérale. Les trois enfants sont : 1° une fillette de six ans, atteinte de luxation congénitale de la hanche unilatérale ; 2° un garçon de trois ans atteint de luxation congénitale de la hanche unilatérale ; 3° un nourrisson de trois mois, sexe masculin, atteint de pied bot congénital varus équin très accentué, bilatéral.

Les luxations congénitales sont situées à gauche chez la grand'mère et la mère, à droite chez la fillette.

La fillette de six ans et le garçon de trois ans ont été opérés par M. Petit de la Villéon et ont subi la réduction de la luxation congénitale de la hanche, la fillette à l'âge de deux ans, le garçon à l'âge de treize mois. La réduction a été bonne et le résultat s'est maintenu excellent.

Le garçon s'est fait, dix mois après son opération, une fracture de la diaphyse fémorale, du côté luxé et opéré. Fracture réduite et appareillée par l'auteur, qui se consolida bien, sans raccourcissement, et dont il ne reste aucune trace fonctionnelle.

M. Petit de la Villéon présente cette famille à la Société pour lui permettre de toucher du doigt un cas vraiment frappant dans lequel le vice du germe a été transmis héréditairement pendant trois générations, se succédant immédiatement. Vice du germe dont l'essence même nous échappe, mais qui, dans le cas particulier, doit représenter un caractère morbide d'une particulière intensité, puisque les enfants sont frappés, tous, sans exception, et puisque la tare se manifeste au niveau des trois générations se suivant, sans l'intervalle de génération indemne que nous constatons le plus souvent.

Il faut remarquer que dans ce groupe familial la transmission s'est faite par les femmes, et ceci est d'accord avec les faits généralement observés dans la transmission des malformations touchant le système ostéo-articulaire.

Il faut même noter que dans ce cas la prédominance du rôle de la femme est mise en évidence d'une façon frappante, puisque la même mère, fille de luxée congénitale et luxée congénitale elle-même, a eu trois enfants, tous luxés congénitaux ou pieds bots, des œuvres de pères différents et de saine constitution (2).

(1) *Société Médicale de Reims.*
(2) *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux.*

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Un nouveau cas d'Infection Puerpérale traitée et guérie par l'Enfumage Iodé

Par M. G. DANIEL
Interne des hôpitaux de Marseille

L'enfumage iodé, dont l'action thérapeutique s'est déjà révélée avec succès dans de nombreuses affections, semble être particulièrement efficace lorsqu'on l'applique au traitement de l'infection puerpérale.

L'iode en vapeurs rapides ou les *fumées* d'iode peuvent être obtenues soit par le chauffage des cristaux d'iode (enfumage d'iode *d'origine métalloïdique*), soit par le chauffage de l'iodoforme (enfumage iodé *d'origine iodoformique* on *enfumage de Louge*).

C'est ce dernier enfumage que nous avons choisi, parce qu'il a l'avantage de fournir des vapeurs d'iode sortant d'une combinaison, c'est-à-dire se rapprochant de l'état naissant et qu'ensuite il est employé journellement dans le service. Il a déjà, du reste, été expérimenté avec succès en France et à l'étranger.

Nous ferons suivre l'observation d'une description de la technique opératoire.

Observation. — La nommée Ab., entre à la Maternité, dans le service de M. le Dr Benet, le 6 octobre 1912, pour une infection puerpérale. Elle nous est présentée par Mlle Mouren, maîtresse sage-femme. C'est une primipare qui a accouché en ville spontanément le 28 septembre. Quelques jours après, elle a présenté des frissons et une température élevée.

A son entrée, à la Maternité, son état général est mauvais ; le pouls est à 120, petit et dépressible. La température est à 39°6. Au toucher, le col est entr'ouvert. Il s'en écoule des lochies fétides. L'utérus est gros et douloureux au palper.

En présence de ces symptômes, le traitement suivant est institué. Comme traitement local, on pratique tous les jours des injections intra-utérines et des écouvillonnages. L'état général, d'autre part, est traité par des injections sous-cutanées quotidiennes de 200 grammes de sérum artificiel, et des séries de piqûres d'huile camphrée et de spartéine. Tous les deux jours, l'on injecte 10 centigrammes d'électrargol. *Malgré ce traitement énergique, l'état général et local restent précaires.* La température présente de grandes oscillations, atteignant notamment, le 8 octobre 40°6.

C'est alors que M. le Dr Bénet nous prie de pratiquer dans ce cas, dont la gravité ne fait de doute pour personne, des séances d'enfumage iodé. Dès lors, *tout autre traitement intra-utérin et général est interrompu.*

Le 9 : toucher intra-utérin ramenant quelques débris insignifiants ; mais pas de curage digital.

Après avoir bien asséché le vagin et la cavité utérine, nous faisons une séance d'enfumage iodé.

Le soir, la température tombe à 37°3, et la malade éprouve une sensation de bien-être remarquable.

Le lendemain, 10 octobre, la température remonte à 40°6, mais les lochies sont moins fétides. Nous faisons cependant encore, à cause de cette élévation de température, une nouvelle séance d'enfumage.

La température tombe le lendemain, 11 octobre, et atteint le soir 38°3.

Le 12, elle monte à 38°7. Nous pratiquons une troisième et dernière séance d'enfumage.

Les jours suivants, la température est normale, ainsi que le pouls. La malade n'a plus de pertes.

Elle sort guérie le 19, c'est-à-dire 10 jours après la première séance d'enfumage iodé, trois *séances ont donc suffi.*

En résumé, voici ce que nous devons retenir de cette observation :

a) Inefficacité des traitements antérieurs ;
b) Disparition de la fétidité des lochies ;
c) Abaissement de la fièvre ;
d) Sensation de bien-être éprouvée par la malade ;
e) Rapidité de la guérison après trois séances d'enfumage.

Technique de l'enfumage iodé intra-utérin. — Malade en position obstétricale, le bassin relevé ; asséchement de l'endomètre, du col et du vagin ; introduction dans l'endomètre d'un drain en caoutchouc sans œils latéraux, passant sans frottement pour permettre l'issue des vapeurs. Le bout vaginal est coupé en biseau et maintenu par une pince, de façon à obtenir un raccordement rapide avec l'enfumoir, au moment où les vapeurs se produisent.

L'enfumoir peut être obtenu soit à l'aide du tube enfumoir à baguettes de manœuvre, déjà décrit (1), soit de préférence à l'aide d'une ampoule en verre bitubulée, renfermant un peu d'iodoforme que l'on chauffe jusqu'à l'apparition des vapeurs violettes. On les insuffle alors dans l'endomètre, en surveillant leur issue. On termine par un enfumage du col et du vagin.

Conclusions. — L'enfumage iodé présente, dans le traitement des infections puerpérales, les avantages suivants :

1° *La méthode est simple*, facile et à la portée de tous ;
2° Elle est *sans danger* ;
3° Elle *ne détermine pas des accidents d'iodisme* ;
4° Elle n'est *pas douloureuse* ;
5° Elle est *efficace* et a déjà donné ses preuves dans les cas semblables (*Voy. Gaz. des Hôpit.* 1912, n° 103. p. 1.439) ;
6° Elle réalise au plus haut point *l'antisepsie sèche* si recherchée, et qui, dans le cas actuel, est une condition de succès.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Deux cas d'érythrodermie congénitale ichtyosiforme avec hyper-épidermotrophie, sans bulles, familiale

Par MM. les Docteurs J. NICOLAS et H. MOUTOT

Nous avons la bonne fortune de suivre en ce moment deux cas d'une dermatose rare et discutée, connue sous le nom d'érythrodermie congénitale ichtyosiforme. Il nous a paru intéressant de présenter ces malades dont l'étude, comme celles des cas déjà publiés par l'un de nous (2), démontre la légitimité de ce type clinique, tel qu'il a été individualisé par les travaux de MM. Brocq et Langlet.

Il s'agit de deux frères dont voici les observations brièvement résumées :

Observation I. (résumée). — *Erythrodermie ichtyosiforme congénitale avec hyper-épidermotrophie, sans bulles, familiale.*

M... Joseph, 14 ans, est hospitalisé à la clinique des maladies cutanées et vénériennes de l'Antiquaille pour une dermatose généralisée persistant depuis la naissance ou peu après elle.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants, nient la syphilis. Pas d'affection cutanée chez eux, chez les aïeux, ou chez les collatéraux. Pas de frère ou sœur mort, un frère vivant, obs. 7.

Antécédents personnels. — Né à terme, premier enfant. Pas de retard de la marche, ni de la dentition. Pas de maladie antérieure.

Début de l'affection actuelle. — Il est quelque peu imprécis. En tout cas, dès le premier mois qui suivit la naissance, il existait une sécheresse généralisée de tout le corps, avec desquamation abondante. D'emblée la mère eut l'attention attirée par l'accentuation des lésions du côté des aisselles : plis des coudes, jarrets.

Etat actuel, 20 *novembre* 1912. — En dehors de la région médiane du visage et des bourses, toute la surface des téguments est intéressée par une sécheresse de la peau, de la rougeur, une hyperkératose plus ou moins abondante, mais l'aspect est variable suivant les régions.

Le *cuir chevelu* est le siège d'un pityriasis séborrhéique diffus très marqué.

Le *visage* est respecté dans sa partie médiane (nez, région orbiculaire, menton), la peau y est à peu près normale, mais séborrhéique avec comedons. Ailleurs elle est rouge, vernissée, avec rides précoces, une desquamation en grands lambeaux minces s'y retrouve, avec l'aspect de collodion craquelé. Les desquamations incessantes ont modifié le rebord des oreilles.

Le *cou* est entouré d'un collier ajouré constitué par des îlots noirâtres hyperkératosiques, formés de la juxtaposition de petits blocs cornés quadrangulaires ou losangiques de 1 à 2 mm. de diamètre, en saillie de 2 à 4 mm. Ces blocs se détachent facilement par le grattage. Par places ils sont isolés, rappelant les lésions de l'acanthosis nigricans.

Le *tronc* est occupé dans sa totalité par des squames qui, fines dans la partie supérieure du thorax et assez irrégulièrement limitées, deviennent au contraire très épaisses à la partie inférieure, particulièrement dans la région abdominale. A ce niveau elles sont assez régulièrement disposées en plaques rectangulaires de 2 à 3 cm., véritable aspect de peau de crocodile.

Les *membres* présentent dans leur segment supérieur une abondante desquamation lamelleuse. Au niveau de la face antérieure des avant-bras il y a une accentuation très nette des plis normaux de la peau qui délimite un élégant quadrillage de squames, mais c'est au niveau des *plis* des membres et à l'union de ces derniers avec le tronc que les lésions acquièrent leur maximum d'intensité. Les aisselles, les plis des coudes, les plis génito-cruraux (à un degré moindre), le pubis, la verge, la région périanale sont occupés par des productions cornées noirâtres papillaires analogues à celles du cou, mais encore plus accentuées, cubes cornés ou papilles filiformes de plusieurs millimètres de saillie, formant par leur juxtaposition un véritable pavage de ces régions.

Phanères. — Les *cheveux* sont très abondants, très noirs ; ils descendent bas, dans le cou, se continuant avec des follets du dos, sur le front, tout particulièrement sur les côtés où ils tendent à rejoindre la partie externe des sourcils. Poils sur le front. Sourcils, cils développés, Moustache, barbe naissantes. *Follets développés* sur les membres, même au niveau des plis du coude, du jarret.

Les *ongles* fortement bombés dans les deux sens ne sont pas altérés, cependant un peu de périonyxis latéral pour quelques-uns. Epaississement corné du repli sus-unguéal. Croissance rapide.

Paume des mains. — Il existe des callosités qui semblent correspondre aux points de pression des instruments de travail, mais elles sont très développées. D'autre part il est quelques lésions qui ont le type de celles de la porokératose papillomateuse.

Plante des pieds. — Lésions squameuses analogues à celles du dos du pied. Quelques lésions papillaires hyperkératosiques.

Muqueuses. — Normales.

Etat de la peau. — Il existe une rougeur, variable suivant les points, plus marquée au niveau des plis de l'abdomen, de la partie supérieure des cuisses ; sur ces points elle est suffisamment intense pour transparaître à travers les squames point trop épaisses. Il n'y a ni état myxœdémateux, ni sclérodermique ou atrophique.

La *sécrétion sudorale* serait supprimée, sauf au niveau du front, de la partie médiane de la face, du scrotum, des aisselles, des paumes des mains ; elle est peu accentuée à la plante des pieds.

Etat général. — Rien de particulier ; rien du côté du corps thyroïde.

Evolution de la dermatose. — Les lésions persistent depuis l'enfance ; il y a une atténuation en été.

Observation II (résumé). — *Erythrodermie ichtyosiforme congénitale avec hyper-épidermotrophie, sans bulles, familiale.*

M... Marius, 10 ans, est le frère du précédent. Il est hospitalisé pour des lésions tout à fait superposables à celles de son frère.

Le *début de l'affection* est quelque peu plus précis. Dès les premiers jours qui ont suivi la naissance il y eut des modifications du tégument. Ce qui frappa la mère, ce fut de la rougeur généralisée avec un gonflement œdémateux, l'aspect était tel que l'on pouvait croire qu'il y avait de l'eau épanchée (mais jamais de bulles vraies ou de vésicules). Dès l'âge de 1 mois commença une desquamation, d'abord en fines lamelles, puis en écailles, avec production hyperkératosique des plis.

Etat actuel, 8 *juillet* 1912. — L'aspect est celui de l'observation déjà décrite, La dermatose est généralisée, ne respectant que la plante des pieds et la paume des mains.

Les lésions prédominent au *cou*, aux *aisselles*, aux *aines*, au *pubis*, aux *plis des coudes*, aux jarrets, où il existe des productions cornées noirâtres analogues à celles présentées par son frère. Au niveau du cou, quelques éléments rappellent tout à fait ceux de l'*acanthosis nigricans*.

Au niveau du dos des premières phalanges des doigts, accentuation cornée des orifices pilosébacés avec petit cône corné, aspect rappelant celui du *pityriasis rubra pilaris*.

Sur la face antérieure des avant-bras, quadrillage losangique très régulier délimitant des squames fines.

Pityriasis abondant du cuir chevelu.

Follets très developpés, longs, durs.

Ongles bombés dans le sens antéro-postérieur. Epaississement du repli sus-unguéal.

Pas de prurit.

Rougeur très légère, peu visible, sauf dans l'intervalle des squames.

Pas d'altération clinique du corps thyroïde. Pas de lésions viscérales.

Il s'agit là indiscutablement de cas d'érythrodermie congénitale ichtyosiforme. On y retrouve, en effet, tous les caractères essentiels et distinctifs de ce type clinique tels que l'ont isolé les travaux de MM. Brocq et Langlet : la congénitalité, la pérennité, la rougeur généralisée du derme, l'hyperkératose ichtyosiforme accentuée, avec atteinte des plis de flexion et prédominance des lésions à ce niveau. Pour nos observations nous ajouterons le caractère familial, l'hyperépidermotrophie.

L'état de parenté de nos deux malades — frères — établit le *caractère familial*, non signalé jusqu'ici dans les observations antérieures.

La *congénitalité* est nette, c'est peu après la naissance que se sont manifestés les premiers symptômes, rougeur et desquamation.

La *rougeur* généralisée du derme, qui attire peu l'attention chez le malade de l'observation II existant nettement néanmoins frappe chez notre malade de l'observation I.

L'*hyperkératose ichtyosiforme* est très accentuée chez les deux malades. Par places elle forme

(1) P. Longe. — L'enfumage iodé actuel, *Gaz. des Hôpitaux*, 1912, n° 67.
(2) J. Nicolas et A. Jambon. Contribution à l'étude des érythrodermies congénitales ichtyosiformes avec deux observations : forme typique et forme atypique. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* (août-septembre 1909.)

non seulement de véritables plaques cornées, mais encore des *saillies papillaires cornées*.

Non seulement les *grands plis de flexion sont atteints*, mais encore c'est à leur niveau que les lésions prédominent (aisselles, plis des coudes, aines, cou).

Le *cuir chevelu* est le siège d'un pityriasis séborrhéique abondant.

Dans nos cas, contrairement à nombre d'autres, il y a une intégralité presque complète de la panme des mains et de la plante des pieds.

Chez nos malades il y a une *hyperépidermotrophie* caractérisée par la présence de follets nombreux, forts, existant même au niveau des plis de flexion (plis des coudes, jarrets), de cheveux empiétant sur les régions voisines, par une croissance rapide des cheveux et des ongles. L'hyperépidermotrophie, autrefois considérée comme un caractère primordial par Brocq, peut manquer, il peut même y avoir agenesie pilaire.

Dans quelques cas, l'érythrodermie ichtyosiforme peut s'accompagner de poussées bulleuses — absentes dans nos observations — d'où une forme bulleuse.

En tenant comptes de ces divers caractères il est légitime de classer nos deux cas sous le nom d'*érythrodermie congénitale ichtyosiforme, avec hyper-épidermotrophie, sans bulles, familiale.*

Nos deux cas se différencient aisément au point de vue clinique de l'ichtyose vulgaire (et de ses variétés I. nigricans, I, hystrix) avec laquelle l'on serait tenté de les confondre dans une étude superficielle.

La congénitalité (apparition dés la naissance), la rougeur des téguments, la généralisation des lésions avec envahissement des grands plis articulaires, l'intensité du pityriasis séborrhéique du cuir chevelu, l'hyperépidermotrophie, sont tous autant de caractères qui séparent l'érythrodermie congénitale ichtyosiforme de l'ichtyose vulgaire. Celle-ci apparaît moins précocement, elle prédomine sur la face d'extension (coudes, genoux), laissant à peu près indemnes les plis de flexion ; elle ne s'accompagne ni de rougeur, la peau conservant sa coloration normale dans l'intervalle des squames ou au-dessous d'elles, ni d'hyper-épidermotrophie, ni d'un pityriasis séborrhéique du cuir chevelu aussi marqué (1).

(1) Société médicale des hôpitaux de Lyon.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

La Syphilis du Cœur

par M. le Docteur C. BRICOUT

1° La syphilis du cœur est une affection beaucoup plus fréquente qu'il ne semblait autrefois ; il faut s'efforcer de la dépister par un diagnostic précoce ;

2° Le diagnostic se base sur les antécédents, l'allure primitive de la cardiopathie, les accidents associés, mais surtout l'efficacité du traitement antisyphilitique. Les renseignements fournis par les lésions, à l'autopsie, ne sont pas toujours supérieurs aux constatations cliniques si on en excepte la recherche du tréponéme;

3° Les coronaires commandent la plupart des lésions cardiaques ; les myocardites localisées ou diffuses, de nature syphilitique, leur sont toujours associées ;

Les anévrismes du cœur et les infarctus paraissent se rattacher souvent à la syphilis, ainsi que les scléroses du myocarde.

Le traitement guérit les myocardites subaiguës syphilitiques ;

4° Les myocardites hérédo-syphilitiques sont fréquentes ; on y constate le tréponéma. Ces lésions expliquent les troubles ultérieurs du cœur dans la seconde enfance ;

5° Les endocardites vraies syphilitiques paraissent être une rareté ; les endocardites sont presque toujours associées à des lésions du myocarde ou de l'aorte ;

6° L'insuffisance aortique, chez l'adulte, ressortit à la syphilis, dans 70 pour 100 des cas ; elle dépend, pour ainsi dire, toujours, d'unc aortite syphilitique. Le souffle diastolique peut disparaître après traitement.

L'insuffisance aortique compte aussi parmi les méfaits de l'hérédo-syphilis ;

7° Les lésions mitrales acquises sont rarement syphilitiques, mais le rétrécissement mitral pur se constate assez souvent chez les hérédo-syphilitiques ;

8° Les péricardites syphilitiques vraies sont rares, chez l'adulte ; l'inflammation de la séreuse dépend habituellement des lésions du myocarde et du médiastin ;

9° Les maladies congénitales (du cœur) ressortissent souvent à une étiologie syphilitique ; elles peuvent coexister avec des lésions inflammatoires en activité ;

10° Parmi les arythmies, les extrasystoles sont fréquentes chez les syphilitiques, ainsi que l'accélération simple du pouls ; mais la tachycardie paroxystique elle-même peut relever de la syphilis et guérir par le traitement ;

11° Les bradycardies, par block auriculo-ventriculaire, sont causées, dans la moitié des cas, par des altérations syphilitiques du faisceau de His ; la valeur diagnostique du syndrome de Stokes-Adams est, à cet égard, considérable. Le traitement mercuriel peut faire disparaître complètement ces accidents ;

12° Le pouls irrégulier perpétuel ressortit aussi à l'étiologie syphilitique, ainsi que le prouve parfois l'heureux résultat du traitement mercuriel ;

13° Le pouls alternant se rencontre au cours de l'angine de poitrine syphilitique ;

14° L'angine de poitrine est fréquemment d'origine syphilitique. Elle doit être distinguée des douleurs angineuses des cardiaques arythmiques et elle guérit par le traitement institué à temps ;

15° La syphilis du cœur présente des rapports intéressants avec la question des accidents du travail ; elle compte parmi les facteurs les plus importants de la mort subite ;

16° Le diagnostic précoce de la syphilis cardiaque permet d'envisager le pronostic avec plus de confiance qu'autrefois, les formes curables semblent moins rares que ne le pensaient les anciens auteurs ;

17° Le mercure en injections intraveineuses paraît être la médication de choix.

REVUE D'ODONTOLOGIE

Traitement des dents cariées au 4e degré simple ou compliqué, par la teinture d'iode associée ou non au chlorétone

Par M. BONNARD

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris

La teinture d'iode qui fait l'objet de cette communication au point de vue tout spécial du traitement des infections radiculaires simples ou compliquées n'était employée, il n'y a pas fort longtemps, que comme agent révulsif, c'est-à-dire en badigeonnages sur la peau ou les muqueuses où elle agit en provoquant une inflammation erythémateuse avec hypersécrétion. On la prescrivait encore à l'intérieur à raison de quelques gouttes dans le lait ou l'eau. En chirurgie on l'injectait dans les kystes de diverses natures, mais son pouvoir incontestable d'augmenter localement la défense des tissus (1) était rarement mis à contribution aussi bien qu'était négligée son action antiseptique, cependant mise en lumière par Miquel.

Les Chirurgiens-Dentistes en faisaient un emploi plus rare encore : ils l'appliquaient en badigeonnages sur la gencive dans les cas de périostite, de gingivite, ou la portaient à l'aide d'une méche de coton dans le canal radiculaire lorsqu'un tire-nerf y était cassé. Nous reviendrons sur ce point dans une autre partie de ce travail.

Mais durant ces dernières années un juste hommage lui a été rendu. Les chirurgiens ont proclamé sa valeur antiseptique incomparable, son pouvoir presque unique de pénétration dans les tissus et l'ont substituée pour la désinfection de la peau avant les interventions chirurgicales des plaies dues aux accidents du travail aux autres antiseptiques si pronés jusqu'alors qu'on relégua au second plan de l'arsenal thérapeutique pendant que la teinture d'iode prenait la première place.

Sa réputation pour tardive qu'elle ait été semble maintenant bien acquise.

Les si éminentes qualités d'antisepsie reconnues à la teinture d'iode dans les services de chirurgie devaient donner en art dentaire les mêmes résultats dans les cas si compliqués souvent que les dentistes rencontrent dans la désinfection des canaux radiculaires. Est-ce à dire que ce mode d'emploi de la teinture d'iode était tout à fait nouveau pour les dentistes, certes non. Nous avons vu qu'ils l'employaient dans les canaux radiculaires pour attaquer un tire-nerf cassé dans le canal et le libérer à la longue de son obstacle à la pénétration jusqu'à l'apex. Or, en procédant de cette façon il se formait dans le canal de la racine de l'iodure de fer pour la partie de teinture d'iode fixé sur le tire-nerf, l'iodure de fer est déjà antiseptique, mais l'excédent de teinture d'iode, grâce à son pouvoir de pénétration, imprégnait les tissus, gagnait tous les anfractus de la racine, atteignait le microbe où il était.

Combien de racines ainsi saturées de teinture d'iode, sans qu'on soit arrivé à ronger le tire-nerfs, ont-elles été obturées, en désespoir de cause, sans qu'il en résultât aucun ennui pour le patient? La teinture d'iode, à côté de ce qu'on attendait d'elle, avait simplement accompli son rôle d'antiseptique ! Il n'apparaît pas, car la littérature est muette sur ce point, que quelqu'un se soit aperçu de l'action microbicide de l'iode employé dans les conditions qui viennent d'être relatées.

C'est la constance de ces faits qui me conduisit, dés 1906, à l'employer dans tous les cas d'infection radiculaire où un traitement à la fois mécanique et antiseptique connu était impraticable par suite des dispositions anatomiques de la dent. Les dents traitées ainsi avec succès furent plutôt attribuées au *modus operandi*, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte depuis, qu'à l'antiseptique lui-même. En effet, la teinture d'iode introduite à l'aide de mèches de coton dans les racines, dont le canal toujours très étroit est souvent d'un accès difficile et parfois impossible, ne transportait pas assez d'iode pour l'imprégner et là où la teinture d'iode ne pénétrait pas ou pénétrait imparfaitement, la réinfection se produisait. Mais après avoir substitué à ce mode d'emploi les injections intra-radiculaires de teinture d'iode, les résultats furent aussi parfaits que constants. C'est alors que je conseillai aux élèves de mon service à l'Ecole Dentaire de Paris ce moyen de traitement aussi efficace qu'exempt de danger. Mais quel était le mode d'action de la teinture d'iode sur le microbe (1). En 1909 le Congrès dentaire national de Paris mit à l'ordre du jour, sur ma proposition : l'étude de l'*Action de la teinture d'iode dans le traitement des affections dentaires*, pour être discutée au Congrès de Poitiers en 1910 et ceux de nos Confrères qui y assistèrent ont encore présent à l'esprit le rapport si documenté que fit sur ce sujet M. Lassaque (2), de Bordeaux.

Je m'excuse donc de revenir sur un sujet traité

(1) Marc Schede (*Gaz. hebd. de méd. et de chirur.* 1872, p. 232.)

(1) La thèse de Kerassotis : *Recherches expérimentales sur le pouvoir antiseptique de l'iode.* (Thèse d'université n° 16, Nancy, 1903-04) ne nous fut indiquée que beaucoup plus tard en 1910.

(2) Lassaque : *L'iode en Odontologie* (compte-rendu du Congrès Dentaire National de 1910).

à peu de distance, de main de maître, par l'un de nous; mais, depuis, des travaux de laboratoire ont précisé le rôle de la teinture d'iode sur les tissus, son action, ses combinaisons chimico-biologiques et les résultats en sont si beaux qu'il m'a paru intéressant d'y revenir.

Bien que cela sorte un peu du sujet qui nous occupe il n'est pas inutile d'examiner tout d'abord le mode d'ction de la teinture d'iode sur l'épiderme. Cet examen para-dentaire, si l'on peut s'exprimer ainsi, peut trouver sa justification dans ce fait que l'action sera, à la différence près du tissu imprégné, racine ou peau, sensiblement la même.

On trouve dans la couche superficielle de l'épiderme de petits espaces inter-cellulaires qui contiennent de la sueur, de la graisse et des bactéries (1). (Grossich). Tel serait le *stratum disjunctum* de Raudin. Si l'on place sous le microscope un morceau de peau traité par la teinture d'iode, les fentes, les espaces intercellulaires et les voies lymphatiques apparaîtront imprégnés d'iode. Ce pouvoir de pénétration est presque spécifique à la solution alcoolique d'iode. La cause première de ce pouvoir de pénétration réside dans l'action dissolvante de l'alcool sur la graisse qui se trouve dans les espaces capillaires, laquelle étant dissociée, en sort immédiatement. L'eau et les solutions aqueuses ne pénètrent que dans les couches très superficielles et encore très imparfaitement.

Mais l'iode lui-même a aussi un pouvoir particulier de pénétration. Il se combine avec les acides gras et de cette combinaison il résulte une capacité de résorption rapide (Grossich (2) Mering, Fischer); Walter et Touraine (3) ont démontré la très grande pénétration de la peau par la teinture d'iode en imprégnant de nitrate d'argent les téguments préalablement badigeonnés d'iode. Une coupe histologique de la peau montra des granulations d'iodure d'argent dans la couche basale du derme. Dans les glandes sébacées, les glandes sudoripares, les follicules pileux, les granulations dessinent de larges bandes noires. Grâce à ces deux moyens d'action il n'existe aucune fente, aucun espace cellulaire qui ne puisse être imprégné par la teinture d'iode. Les plaies sont asséchées, momifiées à son contact et deviennent un milieu défavorable à la pullulation microbienne : le milieu humide ayant disparu.

Au bout de 7 minutes d'application les couches profondes du derme sont influencées et les germes sont tués à distance (Reclus).

L'iode augmente la défense locale des tissus et Marc Sebède (4) a prouvé que quelques heures après l'application de teinture d'iode sur la patte d'un lapin il se produit une leucocytose très abondante dans le tissu cellulaire souscutané, le chorion, le périoste et même la moelle osseuse. Cette action leucocytaire produit des millions de phagocytes dont on sait le rôle dans les tissus infectés. Mais l'iode a une affinité toute particulière pour les matières albuminoïdes ; c'est d'abord sur elles qu'il se fixe pour former des iodo-albuminates insolubles (Kerassotis) (5) dont le pouvoir antiseptique est presque nul.

L'iode en excédent, c'est-à-dire non combiné avec les matières albuminoïdes, l'iode libre en un mot, agit seul alors sur les microbes si toutefois les iodo-albuminates insolubles ne forment pas barrière, ne l'empêchent pas de gagner les couches profondes du derme (Pouchet) (6).

Dans les milieux minéraux l'iode ne se fixe pas et dans les cas où ces milieux de culture sont utilisables il suffit de quelques traces d'iode pour tuer le microbe. Mais quelle est la quantité d'iode nécessaire pour tuer le microbe et au bout de combien de temps est-il tué ? Kerassotis (1) encore va nous répondre. Il a introduit une goutte de culture dans des solutions iodées croissantes et après un temps donné a réensemencé en bouillon de bœuf peptonisé.

Le staphylocoque doré a été tué en :

30' dans une solution iodo-iodurée à 1 pour 17.777.
25' dans une solution iodo-iodurée à 1 pour 13.3333.
20' dans une solution iodo-iodurée à 1 pour 12.300.
15' dans une solution iodo-iodurée à 1 pour 10.000.
10' dans une solution iodo-iodurée à 1 pour 8.000.
5' dans une solution iodo-iodurée à 1 pour 6.666.

Nous avons répété ces expériences en mélangeant quelques gouttes de culture dans un verre de montre avec une goutte de teinture d'iode au 1/10. Après avoir agité pendant 30 secondes, l'ensemencement a été fait au fil de platine dans un nouveau tube. Au bout de 24 heures les résultats ont été :

QUANTITÉ TEINTURE D'IODE	CULTURES	RÉSULTATS
au 1/10e		
1 goutte	5 gouttes	stérilisation.
1 »	10 »	stérilisation.
1 »	15 »	stérilisation.
1 »	20 »	retardée. Elle devient positive au bout de 48 h.
Enfin 1 goutte	25 gouttes	négative au bout de 3 j.
»	30 »	nettement positive.

Mais la morphologie du microbe était à examiner. Une goutte de teinture d'iode au 1/10 fut mélangée dans un verre de montre à trois gouttes de culture, le mélange fut mis sous lamelle aussi vite que possible et examiné au microscope ; pas de modification apparente, pas d'agglutination. Les diplocoques restent longtemps mobiles malgré la stérilisation produite incontestablement à ce taux de dilution. Les mouvements observés ne sont pas fonction de vitalité, ce sont des mouvements browniens.

De ce qu'on vient de voir et des autres recherches qui furent continuées au laboratoire on peut conclure que :

Une goutte de teinture d'iode dans 1cc de culture pendant 24 heures agit exactement (retard de culture) comme 1 goutte de teinture d'iode dans 20 gouttes de culture pendant 30 secondes. Or 1cc de culture est justement égal à 20 gouttes dans l'action en 30' et aussi énergique qu'en 24 heures.

Comment s'expliquer que pour obtenir une action aussi instantanée et brutale, il faille des doses relativement fortes de teintures d'iode et que des doses plus faibles, même de peu, soient inefficaces quel que soit le temps de leur action.

C'est que la teinture d'iode est d'abord fixée par les éléments albuminoïdes morts du bouillon de culture à l'exclusion des microbes qui eux sont vivants et qui échappent à la mort grâce à cette sorte de précipitation du toxique qui leur est destiné. Tant qu'il y a de l'albumine morte, les microbes échappent à l'action de l'iode, mais ils sont touchés à leur tour dès que celle-ci est épuisée, et cela, pour une dose et un temps très faibles.

L'action de la teinture d'iode est donc efficace et instantanée (30 secondes) mais on devra tenir compte de la quantité d'antiseptique perdue par sa fixation sur les matières albuminoïdes des leucocytes, du sérum et surtout des globules de pus dont la matière constituante morte se rapproche le plus des milieux de culture artificiels ou naturels et que l'on rencontrera à des degrés différents dans tous les cas de dévitalisation et de putréfaction pulpaires, de fistule et d'abcès alvéolaire.

Mais y a-t-il des contre-indications à l'emploi de la teinture d'iode ? A dose thérapeutique sans aucun doute, non. Lors de la guerre russo-japonaise, les chirurgiens badigeonnaient les plaies copieusement avec de la teinture d'iode et on l'emploie encore largement sur les plaies des accidents du travail sans qu'aucun accident même bénin ait été signalé. Mais injecté dans les poches d'abcès, dans les kystes, les trajets fistuleux, la teinture d'iode peut provoquer une douleur de peu de durée, mais qui peut être parfois très forte et très mal supportée selon le tempérament des malades.

Si donc, dans les 4e degrés simples la teinture d'iode peut être employée seule et sans qu'aucune douleur ne soit à craindre, on doit, lorsqu'il s'agit du traitement d'un abcès, d'un kyste ou d'une fistule, adjoindre du chlorétone à la teinture d'iode dans la proportion de 15 à 20 0/0. Le chlorétone (1) est faiblement antiseptique, mais il jouit de qualités anesthésiques qui font tolérer la teinture d'iode partout où seule elle cause de la douleur.

Mode d'emploi. — L'emploi de la teinture d'iode en art dentaire nécessite : une seringue en verre de 1 cent. et une aiguille en platine irridié garnie au milieu d'un petit morceau de caoutchouc mou de 2 millimètres en tous sens environ destiné à être glissé et maintenu sur l'orifice du canal pour éviter le retour de la teinture d'iode.

Après avoir nettoyé les canaux par les moyens ordinaires autant que faire se pourra, on isolera la dent à l'aide de rouleaux de coton ou mieux avec la digue, afin de faciliter la pénétration de la teinture d'iode dans toutes les anfractuosités de la racine et même dans le cul-de-sac alvéolaire, si besoin est. On introduira l'aiguille aussi loin que possible dans le canal, on fera glisser, avec une presselle, le petit morceau de caoutchouc mou sur l'aiguille jusqu'à l'orifice du canal où il sera maintenu afin d'empêcher le retour de la teinture d'iode. On injectera alors 3 ou 4 gouttes de teinture d'iode. On retirera l'aiguille et une minute ou deux environ après l'injection on *évaporera* l'alcool avec la poire légèrement chauffée. Il ne s'agit pas de chauffer beaucoup mais assez pour que l'alcool s'évapore. On obturera ensuite à la gutta-percha. Mais en raison de ce que nous savons de la fixation d'une partie de l'iode injecté sur les matières albuminoïdes l'opération devra être recommencée 48 heures après la première. Ces deux applications suffiront presque toujours pour désinfecter toutes les racines et après un prudent temps d'attente de 8 jours la racine pourra être obturée avec la pâte obturatrice de son choix.

Pour les cas de 4e degré compliqués (abcès, fistule, kyste), on mélangera à la teinture d'iode pure du chlorétone dans la proportion de 15 à 20 0/0 et s'il s'agit d'une fistule la teinture d'iode devra être injectée de façon à apparaître à l'orifice du canal fistulaire ; trois ou quatre injections suffisent généralement pour guérir une fistule, laquelle se ferme seule sans le secours du bistouri à mesure que la tunique de son canal se résorbe.

La solution d'iode dans le chloroforme a été conseillée par Lassaque (2) de préférence à la solution alcoolique. Le chloroforme, comme véhicule, aurait l'avantage de dissoudre les matières albuminoïdes et de faciliter l'action de la teinture d'iode en évitant la formation des iodo-albuminates, mais la solution dans le chloroforme, en dépassant l'apex, provoque sou-

(1) Grossich Zentralblatt für Chirurgie.
(2) Loc. cit.
(3) Walter et Tourraine (Soc. de Chirurgie 10, 17, 25 mars 1909).
(4) Loc. cit.
(5) Kerassotis. Loc. cit.
(6) G. Pouchet. *L'iode et les iodiques* Paris 1906.

(1) Kerassotis. Loc. cit.

(1) Hugot, *Journal Odontologique* (mars 1903).
(2) Loc. cit.

vent, pour ne pas dire toujours, une brûlure qui nous a fait lui préférer la solution alcoolique.

Ils nous eût été facile d'apporter à l'appui de cette communication une nombreuse statistique de dents traitées dans notre clientèle ou par les élèves de notre service de l'Ecole Dentaire de Paris, mais nous avons pensé que la simplicité du traitement, en permettant à tous nos confrères de le mettre en pratique, ferait plus pour son crédit que toutes les preuves qu'on en pourrait donner.

REVUE DE PARASITOLOGIE

Occlusion intestinale et trichocéphales

Par M. le Docteur BAUDET

Le trichocéphale est le parasite le plus fréquent de l'intestin de l'homme ; sa présence passe habituellement tout à fait inaperçue ; une foule de personnes en ont dans leurs matières fécales sans en avoir jamais souffert. Dans certains cas, cependant, le parasitisme est intense : il se produit, suivant les individus, un ensemble de symptômes particuliers qui peuvent prendre l'allure clinique d'anémie toxique, de troubles nerveux, de troubles digestifs à forme d'entérite. Dans l'appendicite, d'après Blanchard, le trichocéphale pourrait agir en inoculant des microbes pyogènes et créant ainsi une appendicite microbienne qui suit l'évolution habituelle de cette maladie. C'est d'ailleurs dans l'appendice de l'homme que le trichocéphale fut découvert par Morgagni.

Ce parasite est un ver blanc ; le mâle est long de 30 à 40 millimètres, la femelle de 35 à 50. Ce qui caractérise ce ver, c'est la différence d'épaisseur considérable et brusque entre la partie antérieure filiforme renfermant l'œsophage et la partie postérieure renflée contenant l'intestin et les organes génitaux. La fixation de ce parasite à la paroi intestinale est généralement admise à l'heure actuelle. Cette fixation se fait par sa partie antérieure effilée. L'habitat du trichocéphale est habituellement le cœcum et l'appendice de l'homme ; il est moins fréquent dans le côlon. L'homme s'infeste en avalant des œufs embryonnés dont l'éclosion se fait en quelques jours. En général, ces vers sont peu nombreux, on en trouve de un à dix dans le cœcum. Dans certains cas, leur nombre devient énorme et, chez certains sujets, on a pu en compter plus de mille. Le cas que nous rapportons ici est des plus curieux à ce point de vue. Dans cette observation, le nombre et la disposition des trichocéphales étaient tels que l'occlusion intestinale que manifesta le malade me paraît pouvoir être rattachée à la présence des parasites dans le cæcum et le côlon ascendant.

Dans la littérature, nous n'avons pu trouver de précédent comparable et les divers auteurs ou les nombreux traités que nous avons consultés aux chapitres *Occlusion intestinale* ou *Parasites de l'intestin* ne mentionnent pas de cas d'occlusion due à des parasites intestinaux.

Voici l'observation de notre opéré (1) :

C'est un homme de quarante-trois ans, cultivateur des environs de Toulouse, qui fut admis d'urgence, le 7 septembre 1911, à l'Hôtel-Dieu, pour des phénomènes d'occlusion intestinale. Depuis quatre jours, ce malade n'a évacué ni matières, ni gaz, malgré quelques purgatifs et de nombreux lavements. On relève, dans ses antécédents, vers le milieu du mois d'août, une crise rappelant celle qui amène le malade à l'hôpital ; cette crise fut de courte durée et, sous l'influence d'un traitement anodin, les fonctions digestives reprirent leur cours habituel. Depuis longtemps le malade présentait des digestions anormales ; il souffrait souvent de coliques.

A l'examen, le ventre est tendu, extrêmement ballonné, le gros intestin sonore forme une voussure encadrant l'abdomen. Le toucher rectal est négatif. L'état général est mauvais, cet homme présente un amaigrissement extrême, son teint est terreux, son facies altéré, dyspnée prononcée, pouls rapide et irrégulier, hypothermie.

L'intervention immédiate est décidée et pratiquée sous anesthésie locale à la novocaïne.

L'entérostomie porte sur le cæcum. Dès que l'intestin est ouvert, il s'écoule une petite quantité de matières fécales de consistance molle, de couleur verdâtre, semblables à du frai de grenouille. Dans leur masse grouille une quantité considérable de vers blancs, très mobiles, dont quelques-uns sont recueillis pour la détermination de leur identité.

Dans la journée, l'anus fonctionne convenablement ; cependant la quantité de matières évacuées est minime, le pansement est souillé de matières fécales parsemées de vers immobiles.

Il est facile d'observer que ces parasites perdent leur mobilité et meurent rapidement après leur exposition à l'air. Le lendemain, l'état général du malade a empiré, sa dyspnée est plus marquée, son pouls incomptable ; la mort survient dans la soirée.

A l'autopsie, l'anus iliaque est en parfait état, l'intestin grêle est peu distendu, mais le gros intestin présente de grandes dimensions. Suivi dans tout son trajet, l'intestin ne présente ni néoplasme, ni rétrécissement, ni situations anormales.

Le côlon ascendant renferme des boules fécales assez régulièrement arrondies, du volume d'une grosse noix, dont la consistance dure contraste avec le reste du contenu intestinal qui est pâteux. La section de ces boules montre un feutrage, un véritable tissu de vers entremêlés qui ont servi de charpente à leur édification.

M. le professeur Neumann, de l'Ecole vétérinaire, à qui nous avons fait parvenir un certain nombre de ces parasites, a eu l'amabilité de les identifier ; ce sont bien des trichocéphales.

Cette observation est intéressante par l'importance du fait presque unique qui fait son objet : l'occlusion intestinale dont on peut, en l'absence de toute autre cause plausible, rattacher la production à la présence dans le gros intestin de bouchons composés d'un feutrage, d'un tissu de vers. C'est à ce titre que ce cas m'a paru mériter de vous être soumis et d'être publié (1).

(1) Observation recueillie par M. Dupuy, interne des hôpitaux.

(1) Société de chirurgie de Toulouse.

CARNET DU PRATICIEN

Traitement externe du prurit

Dans les cas peu graves, deux ou trois fois par jour lotion, avec de l'eau chaude coupée de 1/3 ou de 1/4 de vinaigre. Eponger sans essuyer et poudrer largement avec du talc ;

Si le prurit est plus violent :

1° Douches tièdes à 75° en pluie ou en jet brisé sur la colonne vertébrale, durant trois minutes, ou bains gélatinés (300 grammes par bain).

2° Application sur les régions atteintes de la pommade suivante :

Oxyde de zinc...............	50 grammes
Poudre d'amidon..........	50 —
Lanoline....................	50 —
Vaseline.....................	50 —

3° En cas de crises prurigineuses pratiquer des pulvérisations avec :

Menthol.	10 grammes
Alcool camphré..............	30 —
Chloroforme..................	30 —
Ether........................	30 —

Spasmes laryngés

Matin et soir. pulvérisations avec l'une ou l'autre des deux solutions cocaïnées suivantes :

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 60
Antipyrine..................	4 grammes
Bromure de potassium.......	4 —
Glycérine..................	40 —
Teinture d'eucalyptus.......	10 —
Eau.........................	450 —

ou :

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 60
Chlorhydrate d'adrénaline en solution au 1/100	3 grammes
Bromure de potassium.......	5 —
Glycérine	50 grammes
Eau de menthe	50 —
Eau.........................	400 —

(Prof. Moure, de Bordeaux.)

La prophylaxie des voies respiratoires supérieures

En période de froid, se protéger par un cache-nez ou un mouchoir.

Eviter l'ingestion des liquides trop chauds ou trop froids. Supprimer l'usage de l'alcool et du tabac.

Se moucher en obturant alternativement les narines.

Eviter l'encombrement des narines et veiller à entretenir leur perméabilité.

Pratiquer régulièrement 2 ou 3 fois par jour des pulvérisations d'huile résorcinée dans chaque narine.

Pratiquer avec soin l'hygiène de la bouche et des dents.

Pour tarir la sécrétion lactée

Sulfate d'atropine..	1 Milligram.
Sulfate de magnésie........	30 grammes
Sulfate de gentiane.........	250 —

Toutes les deux heures une cuillerée à soupe.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. Zante.

VARIÉTÉS

Les subventions aux Œuvres d'assistance maternelle

Un crédit de 700.000 francs a été inscrit au budget de 1912, en vue de subventionner les œuvres d'assistance maternelle et de protection des enfants du premier âge, et notamment celles qui assistent les mères dont les maris font partie de l'armée active. L'*Officiel* vient de publier le rapport adressé au ministre de l'Intérieur sur l'emploi de ce crédit.

Quelque bienveillance qu'elle ait mise à l'examen des demandes des communes, la Commission n'a pu en retenir plus de 331, et comme il s'agit, dans la très grande généralité des cas, de toutes petites communes, de faibles crédits et par suite de subventions modestes, le total des subventions allouées de ce chef ne dépasse pas 15.400 francs.

Conformément au vœu du Parlement, la Commission a examiné avec une particulière sympathie les dépenses effectuées par les œuvres privées, en vue d'assister les mères dont les maris font partie de l'armée active. Une difficulté notable s'est ici présentée. Il n'est qu'un très petit nombre d'œuvres (23) consacrant exclusivement leurs efforts à l'assistance de cette catégorie spéciale de mères; parmi les autres, il n'en est aussi qu'un très petit nombre qui aient pu fournir l'état exact des dépenses affectées spécialement par elles à cet objet. Du moins, la Commission s'est-elle attachée, en toutes circonstances, et avec les éléments d'information malheureusement trop vagues dont elle disposait souvent, à tenir compte, partout où elle a pu les constater, des efforts accomplis pour secourir au moment et à la suite de leurs couches ces mères dont la situation est à tous égards si digne de sympathie.

En ce qui concerne les sociétés de secours mutuels, le chiffre des demandes s'est élevé à 394. De ce nombre, plusieurs ont été écartées, car, de l'examen des comptes fournis et des statuts mêmes des sociétés, il n'est pas apparu à la Commission que ces dernières accordassent aux mères une indemnité quelconque en cas d'accouchement. Il est vraisemblable qu'au cours des années qui vont s'ouvrir la mutualité redoublera d'efforts pour assurer de façon générale la protection de la mère pendant cette période critique qui suit les couches, et pour lutter ainsi contre la mortalité infantile et la mortalité maternelle; de très fécondes initiatives se sont déjà fait jour dans certains départements et la Commission n'a pas manqué de les encourager.

Les mutualités maternelles semblent bien à la Commission être le moyen de choix, le plus efficace et le plus souple, dans ce domaine de la solidarité; grâce au concours précieux que leur apportent un si grand nombre de dames patronnesses au dévouement inépuisable, elles ont, sans aucun doute, sauvé des milliers de vies infantiles: en même temps qu'elles secourent matériellement, elles développent les notions de puériculture et d'hygiène. La Commission a subventionné ces œuvres de façon relativement large et cependant inférieure à leurs besoins, car ces besoins sont devenus immenses à mesure que s'est étendu leur champ d'action. En dehors des villes, l'organisation de mutualités maternelles départementales allant secourir les mères jusque dans les plus humbles hameaux constitue une création du plus haut intérêt et dont on doit attendre les plus féconds résultats; la Commission a été bien heureuse d'encourager dès leur début ces initiatives.

ÉCHOS

Cours d'instruction du service de santé en 1913.

Deux cours d'instruction suivis d'exercices d'application sur le service de santé en campagne auront lieu, pour les médecins, pharmaciens et officiers d'administration de réserve et de l'armée territoriale aux dates suivantes:

Premier cours d'instruction du 19 au 28 février inclus.

Deuxième cours d'instruction du 6 au 12 mars inclus.

Exercices d'application du 23 au 26 avril inclus.

En dehors des officiers normalement convoqués pour ce cours, pourront y prendre part, à titre bénévole, ceux qui en feront la demande un mois avant l'ouverture des cours d'instruction, au Directeur du service de santé de la région de corps d'armée à laquelle ils sont affectés.

La force des morsures.

Le docteur B. Black, de Chicago, vient d'inventer le gnathodynamomètre destiné à enregistrer la puissance de la morsure. Il est composé de deux branches d'acier, maintenues écartées par un ressort et munies de tampons en caoutchouc sur lesquels on fait mordre. Pour qu'une morsure ait la force de 10 livres, l'effort de contraction des mâchoires doit être de 40 livres. Sur mille individus soumis à l'expérience, dix-sept ont atteint le maximum, soit 275 livres.

La force moyenne est de 171 livres pour les molaires, elle est beaucoup moindre pour les incisives. Chez les femmes, le maximum de la force buccale est de 169 livres et le minimum de 45 livres. Une écolière détient le record: avec ses incisives elle a atteint 70 livres.

Comme complément à cet appareil, le docteur Black a inventé le phagodynamomètre, qui permet de mesurer la résistance des aliments. Il est composé de deux plongeurs avec surfaces dentées actionnés par un levier. Il a été déterminé que l'aliment le plus tendre est la langue bouillie chaude, qui donne 3 à 5 livres de résistance, tandis que la froide en offre une de 15 à 20 livres.

Pour les côtelettes de porc et l'aloyau, il faut 20 à 25 livres; pour celles de mouton, 30 à 40; pour le bœuf (filet), 40 à 50, et le bifteck bien cuit, 60 à 80.

Il ressort également de ces expériences que les aliments les plus durs ne sont pas ceux qui causent le plus de ravages à la dentition, mais plutôt ceux qui se logent entre et dans les couronnes. La croûte de pain semble la plus néfaste à ce point de vue.

Le lait synthétique.

Plusieurs savants éminents, dont sir William Crokes, se sont réunis dernièrement à Londres pour examiner et goûter un nouveau produit de la chimie moderne: le lait synthétique

Cet extraordinaire liquide, « made in Germany » — à Francfort — la veille, avait été expédié par la poste à Londres, dans des flacons cachetés et numérotés, afin d'éviter toute fraude.

Après qu'on les eut assurés non seulement de la parfaite innocuité du lait artificiel, mais encore de ses qualités nutritives, plus grandes que celles du lait suranné de la vache, les savants procédèrent à sa dégustation. Et de cette dégustation, il résulte que le lait artificiel a plus de corps que le vrai et que son goût n'est pas du tout désagréable.

Il paraît qu'il se conserve plus longtemps frais que son modèle, et qu'au bout d'un temps suffisant une couche épaisse de crème se forme à sa surface.

Enfin — et c'est là son titre le plus sérieux à l'attention — il ne contient aucun germe de tuberculose.

Et c'est ainsi que de synthèse en synthèse, nous nous acheminons petit à petit vers la pilule de Bertbelot. Mais quel charme auront les diners des temps futurs, si au lieu de « poularde à la Lucullus » et de « faisans sur canapé», on y sert du lait synthétique et des pilules nutritives.

Cette perspective fait frissonner nos estomacs de gourmets...

Dépopulation en Belgique

Ce n'est pas qu'il soit vérité nouvelle que le nombre des naissances subit un fléchissement marqué en nombre de pays, mais les chiffres empruntent aux circonstances une valeur particulière.

La statistique officielle permet de constater dans la dernière période décennale un fléchissement de 14 à 15 p. 100, chiffre plus élevé que le correspondant établi en France pendant la même période.

Le coefficient des naissances s'est surtout effondré en Wallonie et c'est là un des points les plus intéressants du problème. La Flandre a, certes, moins de naissances, mais dans une proportion beaucoup moindre: on peut prévoir que dans une dizaine d'années la population flamande du pays augmentera légèrement, tandis que la partie wallonne verra le nombre de ses habitants décliner.

Cette considération est à retenir à l'heure où le problème des races en Belgique se pose d'une façon si nette dans de récents et retentissants manifestes.

Une exposition médicale historique à Londres.

Pour la première fois depuis vingt et un an, le Congrès International Médical se réunira à Londres en été 1913, et pour cette occasion, une Exposition d'objets rares et curieux se rapportant à la Médecine, à la Chimie, à la Pharmacie, et aux sciences qui y sont alliées a été organisée par M. Henry S. Wellcome. L'appel pour des prêts a eu un tel succès, qu'une très intéressante collection d'objets médicaux historiques sera exhibée pendant la session du Congrès.

Parmi d'autres sections intéressantes, il y en a une qui comprend les déités médicales des sauvages, barbares et autres peuples primitifs. Grâce à la bonté de plusieurs amis, des spécimens de ce genre ont été envoyés de toutes les parties du monde, mais beaucoup de vides restent néanmoins encore à remplir. Tous ceux qui possèdent des objets semblables et qui sont disposés à les prêter sont priés de communiquer avec le Secrétaire de l'Exposition à l'adresse donnée plus loin.

Des amulettes, talismans et charmes ayant rapport à l'art de guérir formeront un autre trait caractéristique et des prêts de cette sorte seront reçus avec la plus grande reconnaissance.

Dans la section de chirurgie, un effort sera fait pour tracer l'évolution et le développement des instruments principaux aujourd'hui en usage et on espère réunir des spécimens d'instruments employés par les peuples sauvages et civilisés de tout le monde entier.

Dans la section pharmaceutique et botanique on pourra voir des installations spéciales qui comprendront des modèles de pharmacies anciennes, de laboratoires ainsi que des reliques curieuses de la pratique alchimique des temps passés. Des spécimens de médecines anciennes et extraordinaires de toutes les parties du globe seront aussi exposés.

Un programme complet illustré sera envoyé sur demande, à toute personne intéressée, par « le Secrétaire, 54 a, Wigmore Street, Londres, W., Angleterre ».

La plus vieille maison de Paris

Elle existe rue Montmorency, n° 51, et porte la date authentique de 1407, dans une inscription lapidaire gravée sous le bandeau du premier étage.

D'après Sauval, cet immeuble fut un des hôpitaux ou asiles fondés par Nicolas Flamel. Son intérêt particulier réside dans la décoration gravée en creux sur les pilastres qui le portent; ces motifs, d'une pureté de dessin très remarquable, ont été mis récemment à découvert par l'enlèvement de la peinture et de l'enduit qui les dissimulaient.

La façade a été classée parmi les monuments historiques et vient d'être restaurée par les soins de l'administration des beaux-arts.

L'avoine dans l'alimentation du soldat.

Des expériences fort intéressantes viennent d'être instituées dans une compagnie d'un régiment de ligne, sur l'utilisation de l'avoine dans l'alimentation du soldat en campagne. L'avoine renferme une substance essentielle rancissant vite et prend un goût parfois désagréable; aussi a-t-on fait usage d'avoine torréfiée.

La compagnie en question reçut une soupe d'avoine pendant trente jours consécutifs. Pendant les quinze premiers jours, cette Compagnie parcourut 340 kilomètres; la seconde quinzaine fut occupée par des manœuvres de camp.

On a constaté que, du premier au trentième jour, aucun homme de cette compagnie ne s'est présenté à la visite médicale; trois autres compagnies du même bataillon qui effectuaient les mêmes marches et les mêmes manœuvres comptaient une moyenne de douze malades par jour.

Intéressant sans doute, mais doit-on conclure ici: *Post hoc, ergo propter hoc?*

84e Année (Série XIIIe) — No 184 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 5 Février 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830 paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 5 Février 1913

Avis.

Nous rappelons à tous les lecteurs de la *Gazette Medicale* que le laboratoire des ferments A. Thépenier, où sont préparés les produits si appréciés, la Bulgarine et l'Amylodiastase, sont désormais installés 42, rue Clapeyron, à Paris.

Une cravate.

Notre Directeur, le Dr Lucien-Graux, vient d'être promu commandeur du Nicham Iftikar. On sait que le Dr Lucien-Graux était vice-président du Comité exécutif de l'Exposition qui eut lieu à Tunis en 1911.

Nos amis

Nous apprenons avec le plus grand plaisir que notre camarade René Besnard vient d'être nommé ministre du Travail; nous lui adressons nos affectueuses félicitations au nom de la *Gazette Médicale de Paris* et au nom de son Comité de rédaction.

La promotion de l'Intérieur.

La promotion du Ministère de l'Intérieur dans la Légion d'honneur est toujours attendue avec impatience par le corps médical.

La voici telle qu'elle fut préparée par M. Steeg. Elle contient de nombreux noms de médecins :

Ont été nommés : *Grand officier.* — M. le professeur Albert Robin.

Commandeur. — M. le professeur Hayem.

Officier. — M. le professeur Bar; MM. les docteurs : Lepage, à Paris ; Torrel, à Marseille ; Veyrat, à Chambery.

Chevalier. — MM. les docteurs Cuneo, Brindeau, Clande Legras, Bourcy, Bruhl, Grimbert, Marcel Labbé, Ramond, Moutier, Vasticar, à Paris; Pouzet, à Cannes; Bouré, à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or); Hébert, à Andierne (Finistère); Couston, à Gonzac (Gironde); Minières, à Nérac; Langenhagen, à Plombières; M. Rey, architecte à Paris et membre du Comité de rédaction de la *Gazette médicale de Paris*.

Nous sommes tout particulièrement fiers de relever sur cette liste, où nous comptons de nombreux amis, le nom de notre maître et membre du Comité de direction, M. le Professeur Albert Robin, élevé à la dignité de grand officier de la Légion d'honneur. Cette nouvelle distinction vient récompenser la vie toute de labeur, de science et de dévouement qui fut celle de l'éminent professeur.

Distinctions

Félicitons aussi M. Scemama, directeur de l'agence « la Publicité Parisienne » qui vient de recevoir les palmes et M. F. Flavigny, directeur commercial des établissements Chatelain, nommé officier du Nicham Iftikar.

Exposition de Gand

La Gazette Médicale de Paris avise tous ses lecteurs désireux de prendre part à l'Exposition internationale qui aura lieu cette année à Gand (Belgique), pour le groupe XVII B, classe XVI (médecine et chirurgie), qu'ils peuvent lui faire parvenir les ouvrages qu'ils comptent exposer.

Les envois doivent être accompagnés d'une somme de 30 francs représentant les droits d'inscription.

Un reçu de cette somme sera envoyé à tous les intéressés par les soins du Comité français des expositions à l'étranger.

Le Crâne de Descartes

Le Dr Paul Richer, professeur d'anatomie à l'École des beaux-arts qui est, on le sait, un sculpteur et un graveur sur médailles de grand talent, ainsi que membre, à la fois, de l'Académie de médecine et de l'Académie des Beaux-Arts, vient de terminer les recherches que, de concert avec M. Gaston Darboux, cette dernière Compagnie l'avait chargé de mener sur « l'identification du crâne supposé de Descartes par sa comparaison avec les différents portraits du philosophe. »

Voici les grandes lignes de cette étude qui lui a permis d'arriver à une conclusion des plus nettes.

Sur un moulage en plâtre que lui a donné le Muséum, le docteur Richer indique d'abord les caractères distinctifs très nets qui permettent de rapprocher ce crâne du portrait peint par Franz-Hals.

C'est évidemment sur ces ressemblances que G. Cuvier, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, fondait en 1821 son opinion sur l'authentiticité de ce crâne, opinion que d'ailleurs son collègue Delambre ne partageait pas.

Dans un tout récent article qui n'avait pas encore paru lorsqu'ont commencé les recherches de M. Richer, le docteur Verneau, professeur d'anthropologie au Muséum, se rallie à l'opinion de Cuvier.

M. Richer, dans cette sorte de confrontation du crâne supposé avec le portrait authentique a voulu user de procédés aussi rigoureux que possible afin de réduire au minimum la part de l'appréciation individuelle.

La méthode qu'il a employée dans ce but a comporté trois opérations :

1° Exécuter, d'après le portrait de Descartes par Franz Hals, le dessin d'un crâne s'y adaptant aussi exactement que possible ;

2° Faire un dessin du crâne du Muséum placé dans la même orientation et à la même échelle ;

3° Superposer ces deux dessins.

La première opération est d'une rigueur plus grande qu'on ne pourrait le supposer tout d'abord et ne laisse guère place à l'imagination. En effet une tête présente un certain nombre de points de repère osseux très précis qui sont particulièrement apparents sur la peinture du maître hollandais.

Sur ce premier dessin des points noirs très visibles ont été marqués à la racine des os du nez, aux apophyses orbitaires externes, à l'épine nasale et au point incisif.

Ces mêmes points ont été répétés sur le moulage même du crâne du Muséum.

A l'aide de ces marques, il a été facile de placer avec une précision pour ainsi dire mathématique le crâne du Muséum dans la position que Hals avait donnée à son modèle et de déterminer les dimensions exactes de l'image qu'il en fallait prendre pour rendre la comparaison logique et démonstrative.

Cette image a été dessinée à la chambre claire par des opérateurs habitués à se servir de cet instrument et qui ne connaissaient pas le premier dessin exécuté d'après le portrait.

La superposition des deux dessins, de celui fait d'après le tableau et de celui exécuté directement d'après le crâne du Muséum a montré une concordance presque absolue.

D'autres dessins exécutés dans les mêmes conditions d'après plusieurs crânes pris au hasard ont au contraire montré de notables discordances avec le dessin du portrait de Franz Hals.

La même expérience a été répétée avec les autres portraits de Descartes : celui de Bourdon qui est au Louvre ; celui de Beck dont une copie est à la bibliothèque de l'Institut ; le médaillon en terre cuite du musée de Versailles ; un portrait ancien d'auteur inconnu appartenant à M. Rulh, de Courbevoie.

La comparaison du crâne de ces différents portraits avec celui du Muséum montre des ressemblances parfois très frappantes, mais jamais une concordance aussi complète que celle qui a été obtenue avec le portrait de Franz Halls.

En dehors de toute considération historique, la conclusion qui découle de ces recherches d'ordre purement plastique, peut, estime le Dr Richer, être formulée ainsi :

Le crâne conservé au Muséum offre une similitude aussi absolue que possible avec celui que révèle le portrait de Franz Hals. Sur les autres portraits, cette similitude, pour n'être pas aussi complète, n'en constitue pas moins un nouvel appoint en faveur de l'authenticité du crâne.

Spiritisme et Supercherie

M. Remy vient de faire, devant la Chambre syndicale des « Illusionnistes » de France, une série de trois conférences. Prestidigitateur, rompu à l'art de multiplier les faux miracles, M. Remy dévoile les fraudes des médiums. Il fait un plaisant tableau de l'office de développement de New-York, où l'on enseigne à projeter des objets avec les dents, à faire craquer les tables en pressant un mécanisme, à composer des lueurs surnaturelles avec de l'hydrogène phosphoré, et à établir un fantôme avec cinq mètres de fine étoffe cachés dans un œuf de bois. Quel avantage pour un médium de savoir faire craquer sa hanche, être ventriloque! Quelle habileté aussi! Quelle complication d'accessoires! L'un tient sa main sur la table : c'est une fausse main de caoutchouc. L'autre fait éclore des poissons dans un bocal : il les tient dans des récipients à tuyaux, cachés autour de ses reins. L'ouvrage ne relate cependant pas la plus délicate des fraudes : deux des plus illustres savants de Paris ont failli en être les victimes. Ils devaient tenir chacun une main du médium : celui-ci manœuvra avec une douceur si adroite qu'à la fin de la soirée, chacun des deux expérimentateurs tenait fortement la main de l'autre, et la contrôlait avec soin, tandis que le médium avait les mains libres.

La crédulité du public aide grandement aux supercheries. M. Remy a vu, chez des somnambules qui ont fini en correctionnelle, des lettres de professeurs, d'institutrices, de licenciés en droit, qui les interrogeaient sur le succès d'un concours ou qui demandaient des dents de loup contre la médisance, des flacons d'eau fatale, de la corde de pendu.

La Nécessité du Divorce des Aliénés

Un de nos confrères signale fort justement une anomalie administrative qui montre à merveille combien il est urgent d'introduire le divorce des aliénés dans notre législation ainsi que le demandent MM. Viollette et Collin dans leurs projets de loi qui ont fait, il y a quelques mois, l'objet d'une importante enquête dans ce journal, enquête dont tous les éléments ont depuis été réunis, précédés d'une importante et lumineuse préface, dans le volume le *Divorce des aliénés*, de M. le Dr Lucien Graux.

Dans les asiles d'aliénés, les pensionnaires travaillent et amassent ainsi un petit pécule. Ce pécule est utilisé pour leurs besoins propres — ou leur est remis à leur sortie — on enfin est donné à la succession.

Très fréquemment, les malheureux qui sont là y demeurent jusqu'à leur mort et le pécule va grossissant pendant que, au dehors, une femme et des enfants meurent de faim — ou à peu près.

Ne pourrait-on, sous certaines conditions et avec certaines garanties, tempérer ce règlement trop absolu. Nous connaissons une malheureuse qui élève 3 enfants au milieu des pires privations, et qui sait que le pécule de son mari — interné dans un asile — constitue déjà une somme assez ronde. Elle a demandé à l'Administration une aide qui serait prise sur ce pécule. Le mari pourrait seul donner l'autorisation ; or il s'y refuse, ne voulant plus connaître sa femme et la malheureuse à qui la loi interdit d'ailleurs de recourir à un autre époux, la folie n'étant pas une cause de divorce, continue, elle et sa marmaille, à mourir de faim.

Les parents dont les enfants sont envoyés par l'Assistance publique dans les sanatoriums marins comme Hendaye, ne reçoivent des nouvelles par l'intermédiaire de l'Administration qu'au bout d'un mois. Cela va bien pour les enfants qui déjà savent et peuvent écrire ; mais pour les petits... Il faut qu'un camarade plus âgé veuille bien envoyer un mot à la famille, ou bien celle-ci attendra trente grands jours pour savoir comment l'enfant est arrivé, comment il va, comment il a pris la séparation, etc...

Association Médicale Internationale CONTRE LA GUERRE

La réunion générale annuelle de cet important groupement humanitaire aura lieu le 21 mars prochain, au siège social de l'Association, 25, rue des Mathurins, Opéra-Paris, à 9 heures du soir.

Le Comité espère que nos aimables confrères y viendront nombreux comme les années précédentes, et que nombreux aussi seront les nouveaux adhérents qui adresseront le bulletin ci-dessous, au Président-Fondateur de l'Association, le Docteur J.-A. Rivière, 25, rue des Mathurins, Paris.

Aucune cotisation n'est requise.

BULLETIN D'ADHÉSION A DÉTACHER

Je soussigné Dr............................

demeurant à..................*rue*..........*n°*....

*désire faire partie de l'*Association Médicale Internationale contre la Guerre.

(Nom et adresse lisibles et complets).

LA THÉRAPEUTIQUE
DU
Paludisme chronique

Par M. le Docteur M.-A. LEGRAND
Médecin principal de la Marine, en retraite

(Communication à l'Académie de Médecine)

A. — Impuissance de la médication quinique contre les manifestations du paludisme chronique.

Les médecins connaissant bien le paludisme, pour avoir eu à lutter contre ses diverses manifestations sous toutes les latitudes, savent que l'agent susceptible de remédier aux lésions qu'il détermine dans nos principaux organes n'existait pas jusqu'ici.

Certes, la malaria sous toutes ses formes, résultat de la pullulation dans le sang, de l'hématozoaire, avait trouvé, bien avant la découverte de Laveran, son véritable antidote dans la quinine. Habilement maniés, judicieusement administrés, soit par la voie buccale, soit surtout par la voie hypodermique, ou intra-musculaire, les sels de quinine : sulfate, chlorhydrate, etc., constituent pour le parasite du sang, un redontable ennemi.

Qu'il s'agisse de fièvres simples (quotidiennes, tierces, quartes), de fièvres compliquées (ou pernicieuses), aucun médicament n'a pu jusqu'ici détrôner l'alcaloïde du quinquina. Bien plus, l'administration d'une dose suffisante d'un sel de quinine (de 25 à 50 centigrammes au moins), chez toutes les personnes appelées à vivre en milieu paludéen, ou à braver, à certains moments, à certains jours, les causes d'infection palustre, constitue, à n'en pas douter, un excellent préventif de la fièvre intermittente (1).

Mais, si, dans ces conditions, la quinine est toute-puissante contre l'hématozoaire et sa pullulation, elle ne peut faire davantage. Elle ne saurait réagir contre les méfaits de sa présence dans l'organisme ; elle ne peut rien contre l'infection générale que celle-ci détermine, rien contre les lésions produites par l'action destructive du parasite. Pour peu que les accès se renouvellent, tôt ou tard, le paludéen s'acheminera, s'il n'est soustrait à temps aux influences malariques, vers la cachexie palustre.

Pourquoi?

C'est que l'hématozoaire introduit dans le sang, quelle que soit la porte d'entrée dans l'organisme (inoculation directe par la piqûre de l'anophèle, ou tout autre voie), s'attaque d'abord aux éléments constitutifs du sang, pour s'en prendre ensuite à la structure intime de quelques parenchymes. L'hématozoaire se nourrit de la substance du globule sanguin, il lui enlève son fer, transforme l'hémoglobine en mélanine, et son protoplasma s'enrichit, de la sorte, du fer ainsi dérobé aux hématies.

D'un autre côté, si les atteintes de la malaria se succèdent, se renouvellent ou se prolongent, soit sous forme de fièvres intermittentes, soit sous l'aspect de manifestations continues, ou simplement larvées, il se produit, du côté des glandes hépatiques et rénales, des dégénérescences, avec accumulation de pigment, dans le foie, dans la rate, dans les reins, dans le cerveau, et aussi dans la moelle osseuse.

Profondément atteint dans la structure intime de ses organes, de ses viscères, et dans la constitution même du liquide nourricier qui leur dispense la vie, l'organisme du paludéen se voit alors envahi tout entier. De là, cette pâleur et cette bouffissure du visage, indices de troubles profonds d'une nutrition viciée, cette anémie généralisée facile à comprendre ; ces œdèmes des extrémités, s'accompagnant d'hypopepsie, d'entérite, parfois d'hémorrhagies nasale ou intestinale, de congestion du foie et d'hypertrophie souvent considérable de la rate.

Toutes ces manifestations de déchéance plus ou moins accusées, plus ou moins groupées, constituent, par leur réunion, le tableau fidèle de la *cachexie palustre*. Contre elles, on ne saurait trop le répéter, la quinine demeure complètement impuissante, faute de posséder les propriétés régénératrices et reconstituantes, indispensables à l'agent thérapeutique qui conviendrait en la circonstance.

B. — Insuffisance des médications jusqu'ici en usage, contre les manifestations paludéennes chroniques.

De tout temps, les praticiens, aux prises avec les manifestations paludéennes récidivantes et leurs conséquences désastreuses pour l'organisme en général, se sont efforcés d'y porter remède.

On a tour à tour ou simultanément préconisé le changement d'air et de milieu ; l'alimentation réparatrice à base de lait, crèmes, semoules, riz, tapioca ; avec adjonction d'aliments riches en fer : chicorée, épinards, asperges, jaunes d'œuf, lentilles, etc. Mais combien difficile à régler cette question d'alimentation et de régime, chez des malades pour qui l'anorexie et l'hypopepsie sont de règle.

Sous l'empire des mêmes préoccupations réparatrices, on a voulu demander la stimulation des fonctions languissantes au quinquina sous forme de vin, d'extrait, de poudre, aux ferrugineux, aux arsenicaux, aux phosphates. La noix vomique, comme galvanisant des fonctions digestives de l'estomac, a été également recommandée. Les douches locales, contre l'hypertrophie splénique, les pointes de feu sur la région du foie engorgé, l'hydrothérapie, les eaux minérales alcalines contre cette même congestion hépatique ont été mises à contribution.

Plus près de nous, la médication arsenicale, depuis longtemps employée, et grâce aux nouvelles préparations introduites en thérapeutique, a obtenu un regain d'actualité. Elle jouirait d'une faveur nouvelle assez justifiée d'ailleurs. Les trois dernières préparations recommandées ont été : le cacodylate de soude, l'anilarsinate (atoxyl), le méthylarsinate (arrhénal).

Le *cacodylate*, très peu toxique, très bien toléré, surtout si on l'administre par la voie hypodermique, est, on le sait, un excitateur merveilleux de la nutrition en général, et de l'assimilation en particulier. Aussi, n'a-t-il pas trahi la confiance qu'avaient mise en lui les expérimentateurs.

L'*atoxyl*, si riche en arsenic (37 0/0), ce qui permet l'introduction dans l'organisme sans réels dangers d'intoxication, de doses massives de substance active, n'a peut-être pas encore été suffisamment essayé, pour qu'on puisse se prononcer sur son efficacité véritable. Enfin, l'*arrhénal*, un peu moins riche en arsenic que le précédent, bien qu'il contienne néanmoins 36 0/0 d'acide arsénieux, aurait donné les mêmes résultats que le cacodylate. Excellent stimulant, capable, en outre, d'augmenter l'appétit, il peut être administré 12 à 15 jours de suite, en pilules et en solution. En injections hypodermiques, à la dose de 5 centigrammes par centimètre cube d'eau distillée, cinq jours d'administration suffisent.

Quant aux résultats obtenus grâce à lui, dans le paludisme, ils ont pu faire dire au Professeur Armand Gautier, que cette médication semblerait plus puissante et plus efficace que ne l'était la quinine elle-même.

Malgré la valeur indéniable de ces nouvelles préparations employées avec persévérance, on est pourtant forcé de reconnaître que jamais elles n'ont pu avoir raison de la cachexie paludéenne. Qu'elles viennent renforcer l'action de la quinine, comme agents antimalariques, qu'elles peuvent même la remplacer, soit ; mais pas davantage. Pas plus qu'elle, l'arsenic, sous toutes ses formes, ne peut suffire seul à la régénération des parenchymes profondément atteints dans le paludisme chronique, comme le sont le foie et la rate...

De là, l'idée toute naturelle de chercher ailleurs, de tenter la médication aujourd'hui en honneur, c'est-à-dire l'opothérapie hépatique et splénique, devait tout naturellement se présenter à l'esprit. C'est en effet ce qui a eu lieu.

C. — De l'opothérapie hépatique et splénique, comme traitement du paludisme chronique.

Les Anciens pensaient que les maladies de certains organes étaient guéries par les sucs et les chairs de ces mêmes organes, ils faisaient de l'opothérapie avant la lettre, et l'utilisaient contre un grand nombre de maladies.

Depuis qu'elle est devenue, à notre époque, une méthode vraiment scientifique, presque tous les sucs d'origine animale ont été employés ; et pour ne parler ici que de ceux qui nous intéressent plus particulièrement, nous dirons que le foie fournit l'*hépatine*, et la rate la *splénine* et la *stagnine*. L'hépatine se prescrit à la dose de 3 à 4 grammes par jour, en 3 ou 6 fois.

La stagnine et la splénine s'administrent à la dose de 0,30 centigrammes à 1 gramme, en 2 ou 4 fois. Citons encore la *moelle osseuse*, moelle jaune ou rouge, dont les extraits : *myéline*, *médulline*, *osséine*, sont donnés aux malades, par doses de 1 à 2 grammes, jusqu'à 4 et 5 grammes chaque jour, en 3 ou 4 prises.

Chose curieuse, toutefois, alors qu'on avait depuis fort longtemps remarqué combien le paludisme attaquait le foie et la rate, engorgeant le premier organe, rendant le second dur et fibreux, malgré une hypertrophie parfois considérable, jamais personne n'avait songé à l'opothérapie hépatique et splénique pour combattre les lésions de ces organes occasionnées par la malaria.

L'opothérapie antipaludique est, en effet, d'application thérapeutique toute récente ; elle n'a pas 20 ans de date. Critzmann, le premier, bien pénétré du rôle de la rate dans la formation des leucocytes et la destruction des hématozoaires, ayant saisi, d'autre part, l'analogie des lésions de la moelle osseuse et de celles de l'organe splénique, songea à l'administration de la rate aux paludéens chroniques.

Critzmann administrait 50 grammes de rate de bœuf crue, hachée et délayée dans un jaune d'œuf, avec dix grammes de moelle osseuse. Ses quatre premiers malades, chez qui tout traitement antérieur avait échoué lui donnèrent, comme amélioration, des résultats des plus encourageants. Dans l'espace d'un mois, au plus, l'état général se releva, l'amaigrissement, l'œdème péri-mal-

(1) F. Barot et M.-A. Legrand. *La thérapeutique du paludisme*, Paris, 1897. Chapitre prophylaxie. 1 vol. chez J.-B. Baillière.

léolaire disparurent, ainsi que les palpitations. (Communication à l'Académie de Médecine en 1895.) A la même époque, Cousin vit, sous l'influence du même traitement, la cachexie palustre rétrocéder, les accès de fièvre perdre, chez les paludéens traités par la rate crue, de leur intensité et de leur fréquence. Contsley, de Berlin, Lemanski, de Tunis, firent, de leur côté, des observations analogues. Ce dernier auteur s'attaqua surtout au paludisme accompagné d'anorexie et de splénomégalie. Il ajoutait au traitement par injection sous-cutanée de chlorhydrate et de bromhydrate de quinine, l'absorption quotidienne de 60 à 100 grammes de rate fraîche et crue, finement hâchée, ce qui provoquait, dit-il, la diminution de la rate hypertrophiée.

Enfin, d'autre part, en 1897, F. Burot et nous-même renouvelions à l'hôpital maritime de Rochefort, les expériences de Critzmann, sur des paludéens atteints de cachexie palustre. Si nous pûmes, d'une façon générale, constater l'influence salutaire de l'opothérapie médullaire et splénique sur l'état général des malades et sur leur splénomégalie en particulier, le dégoût profond des paludéens pour la rate crue nous apparut à l'époque, comme un obstacle sinon absolument insurmontable, du moins des plus sérieux. Chez des sujets en état constant, ou à peu près constant d'anorexie, il nous semble que cette répulsion était susceptible de s'opposer à la généralisation de l'emploi de la médication opothérapique, dont l'excellence, en principe, était désormais bien établie pour nons, comme pour les précédents expérimentateurs (1).

Est-ce à dire que l'adoption de cette dernière telle qu'elle était alors pratiquée, réalisait contre le paludisme chronique le maximum d'efforts à tenter et de résultats à obtenir ; qu'il suffisait, dès lors, de vaincre la répulsion des malades pour l'ingestion de la rate et de la moëlle crues. Cela snffisait-il, pour affirmer que l'on aurait doté dès lors la thérapeutique, du véritable spécifique du paludisme ? Nous ne le pensons pas et pour plusieurs raisons :

1° L'opothérapie hépatique, antipaludéenne, absolument nécessaire, étant donné l'état du foie des malades, n'avait pas encore été tentée ; on n'avait eu recours qu'à l'opothérapie splénique ;

2° A l'action de l'opothérapie hépato-splénique complétement réalisée, il fallait joindre l'action de reconstituants généraux capables d'agir sur la nutrition, sur le sang, comme l'arsenic, par exemple, et adopter la préparation arsenicale à la fois la moins toxique, la plus maniable et la plus efficace.

Il y avait, en un mot, à opérer la synthèse des deux médications organique et minérale, de façon à attaquer la diathèse paludéenne de partout, de la vaincre sur tous ses terrains d'action, sans en oublier aucun.

Disons-le de suite, cette synthèse est aujourd'hui réalisée, et elle l'est de la façon la plus heureuse, par l'apparition sur la scène thérapeutique de la filudine.

D. — La Filudine, véritable spécifique du paludisme chronique.

La filudine est le seul médicament capable de s'opposer, dans l'intervalle des accès paludéens, aux méfaits de la malaria, et de remédier à la déchéance des organes altérés, tout en améliorant l'état général.

Résultat de longues et sérieuses recherches poursuivies depuis plusieurs années déjà, elle comprend dans sa composition :

a) un composé arsenical ;

b) des extraits opothérapiques.

1° *Composé arsenical.* — Ce composé est la *Thiarféine*, sel nouvellement déconvert par M. Chatelain, et dont le nom véritable est :

Thio-méthyl-arsinate de caféine, et la formule chimique :

```
          SH    CH³—Az—CO  CH³
         /          /    |    |
CH³—As        ,   CO     C — Az\
      |  \           \   ||      CH
      S   SH    CH³—Az—C — Az//
```

Remarquons, de suite, une modification, ou plutôt une adjonction à la formule du méthylarsinate déjà si apprécié par son activité contre le paludisme, comme on l'a vu plus haut. C'est d'abord la sulfuration du produit arsénié, qui vient assurer au méthylarsinate des propriétés nouvelles. A l'action antipaludique s'ajoute l'action antifermentative. De plus, le soufre ajouté à la molécule méthylarséniée tonifie le tube digestif, les intestins aussi bien que l'estomac.

En second lieu, on a couplé à la molécule de méthylarsinate sulfuré, une molécule de caféine. Par son action stimulante sur le myocarde et l'activité nerveuse, cette dernière combat ainsi à merveille l'asthénie profonde et la dépression générale de tout l'être engendrée par les fièvres paludéennes et leurs conséquences, la cachexie palustre.

2° *Extraits opothérapiques.* — Ceux-ci comprennent : des *extraits de foie*, qui stimulent toutes les fonctions de l'organe et surtout son pouvoir anti-toxique ; *des extraits de rate.*

Les extraits associés de ces deux glandes agissent ainsi, de façon synergique et beaucoup plus activement qu'à l'état isolé.

Les extraits utilisés par les préparations de filudine sont des extraits totaux d'organes frais, préparés à froid, desséchés dans le vide, dans les meilleures conditions, puis traités par des procédés spéciaux, qui leur donnent, sous le même volume, le maximum d'utilité.

Quant à leur composition, les extraits de foie comprennent :

Du fer (fonction martiale du foie), des corps azotés phosphorés (lécithine, jécorine) ;

Du glycogène ;

Des graisses ;

Des ferments. (ferments protéolytiques, ferments des substances nucléiniques : nucléases, adénases, xanthinoxydases, glyoxydases, et un ferment uricolytique ; ferments des éthers et des graisses, ferments des hydrates de carbone : catalases et oxydases). Les extraits de rate comprennent dans la pulpe blanche, les lymphocytes, et dans la pulpe rouge, les xanthines, les sarcines, les lécithines, et une substance protéique ferrugineuse.

La filudine, on le voit, *est donc un médicament antipaludéen complet, admirablement compris, et admirablement réalisé.*

Ajoutons qu'elle ne présente ni contre-indications, ni toxicité d'aucune sorte. Elle est un véritable agent rénovateur de l'organisme entier, par son action sur les organes de l'hématopoïèse, sur la régénération des cellules, sur l'excitation de la biliogénèse et de la fonction glycogénique.

Sous son influence, l'anémie palustre s'efface promptement, parce que le nombre des hématies augmente, en même temps que leur taux en hémoglobine, et l'activité réductrice de l'oxyhémoglobine s'accroissent simultanément. D'où, disparition des œdèmes, de toutes les perturbations d'ordre circulatoire et digestif, d'origine fonctionnelle ou toxique.

La filudine se prescrit de la façon suivante :

2 comprimés au début de chaque repas (dans les périodes aiguës, on au moment des crise prendre 6 comprimés par jour, en même temps que la quinine). Continuer ce traitement toute l'année. Repos 10 jours par mois (sauf en cas de crise, où il est nécessaire de continuer le traitement.)

Enfants: 1 comprimé par jour, à partir de 8 ans.

E. — Observations cliniques.

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir faire essayer la filudine pendant l'été de 1911, à l'hôpital maritime de Rochefort. Grâce à la bienveillante autorisation de M. le Dr Machenaud, médecin-chef de l'établissement, un des médecins attaché au service des fiévreux, M. le médecin principal de Gonyon de Pontouraude, et son chef de clinique, M. le Dr Crozet nous ont communiqué dans les premiers jours d'octobre 1911 les observations suivantes, auxquelles ils ont joint les conclusions qu'ils ont crn pouvoir formuler en la circonstance.

Observation I

A. M..., soldat au 3e colonial, entre à l'hôpital, le 4 juillet 1911, pour anémie palustre contractée en Algérie. La peau et les muqueuses sont décolorées, le malade est amaigri. (Taille : 1 m. 71; poids : 64 kilos.) Il se plaint d'anorexie, de céphalalgie, et raconte que tous les 12 ou 14 jours, il est pris d'accès fébriles d'une durée de 48 à 72 heures. La rate est légèrement hypertrophiée (12 centimètres). Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine; les fonctions intestinales s'accomplissent bien.

On donne d'abord le chlorhydrate de quinine, 0 gr. 75 pendant trois jours; repos de trois jours, puis nouvelles doses de 0 gr. 75 pendant trois jours.

Le 13 juillet, les accès de fièvre ayant reparu (38°4, 38°9), on commence l'emploi de la filudine. Quatre comprimés par jour, concurremment avec la poudre de Maisonneuve (à hase de quinquina); puis 6 comprimés par jour.

Au bout d'une semaine, la rate a diminué de volume, et repris son volume normal. La peau et les muqueuses se recolorent; le malade reprend appétit et augmente de poids (67 kilogs, 18 juillet; 69 kilogs, le 29).

Ce jour-là, aucun accès ne s'étant montré depuis seize jours, le malade est mis *exeat*, sur sa demande.

Observation II

J. A..., soldat au 7e colonial, atteint de paludisme chronique, avec splénomégalie contractée à la Guyane, entre à l'hôpital le 14 juin 1911, présentant, depuis 7 mois, des accès de fièvre irréguliers. A fait avant cette entrée deux séjours antérieurs à l'hôpital, en 1908, pour entérite contractée aux colonies et a obtenu pour cette affection, un congé de convalescence. Actuellement, l'entérite a disparu. Le teint est cachectique, la langue blanche; constipation, asthénie, amaigrissement. (Taille : 1 m. 62; poids : 57 kilogs.) Pas de fièvre, mais rate très hypertrophiée (25 centimètres), s'étendant de la 7e côte jusqu'au dessous de l'ombilic.

On commence le traitement par les injections de cacodylate de soude, et le chlorhydrate de quinine; régime tonique. Le 27 juin, le malade va mieux, la peau et les muqueuses se colorent, *mais la rate reste volumineuse.*

Le 22 juillet, le malade est pris, le soir, de frisson et de fièvre; T. : 38°; rate toujours volumineuse. On commence le traitement à la filudine; quatre comprimés par jour concurremment avec la quinine et la poudre de Maisonneuve; la fièvre disparaît, et la rate qui n'avait pas diminué sous l'influence du traitement par la quinine, abandonne les régions envahies, et diminue très rapidement. Le 31 juillet, elle est revenue presque à ses limites naturelles. Le malade très amélioré, augmenté de poids, 61 kilogs, est envoyé en congé de convalescence le 2 août.

Observation III

Sch. F..., soldat au 7e colonial, entre le 12 juillet 1911 à l'hôpital de Rochefort venant de congé, congé qui lui a été accordé à la suite d'un long séjour à Madagascar et au Tonkin.

Etat général assez hon, décoloration des muqueuses et des téguments, amaigrissement (Taille : 1 m. 65; poids : 55 kilogs). Appétit conservé. Le malade se plaint d'accès irréguliers revenant chaque semaine, pas de fièvre à l'entrée.

On administre la filudine, 4 comprimés par jour, concurremment avec la poudre de Maisonneuve.

Accès de fièvre le 13 juillet; on continue la médication, en augmentant les doses de filudine, 6 comprimés par jour. La fièvre disparaît peu à peu, le malade perd son teint cachectique, et augmente de poids : 58 kilogs le 21, 59 le 2 août, 60 le 14 août.

La filudine a été administrée régulièrement

(1) F. Burot et M.-A. Legrand (loc. cit.)

(6 comprimés par jour, 2 avant chaque repas) jusqu'au 30 août. A cette date, aucun accès ne s'étant produit depuis le 13 juillet, le malade considéré comme guéri, est renvoyé en congé de convalescence.

OBSERVATION IV

L. V..., soldat au 3e colonial, venant du Maroc, entre à l'hôpital de Rochefort, le 21 août 1911, pour anémie et fièvre palustre. Pas d'affections antérieures à son entrée au service; pas d'antécédents héréditaires; parents en bonne santé. Blennorrhagie et orchite consécutive traitées en février dernier. Actuellement, état général assez satisfaisant, malgré le teint cachectique et l'amaigrissement. (Taille : 1 m. 67; poids : 54 kilogs). Anorexie, langue normale, digestions pénibles, tendance aux vomissements, avec point douloureux à l'épigastre s'irradiant en arrière à la colonne vertébrale; fonctions intestinales s'exerçant bien. Se plaint d'éprouver, depuis plus de deux ans, des accès de fièvre irréguliers contractés aux colonies. Ces accès disparus pendant le séjour en France, se sont montrés à nouveau pendant qu'il servait en dernier lieu au Maroc. Accuse en outre une douleur dans l'hypocondre gauche; rien du côté des voies respiratoires, mais rate notablement augmentée de volume (17 centimètres). A son entrée, la température est de 39°.

21 août. — Régime lacté. Tilleul. Chlorhydrate de quinine, et injection de cacodylate de soude.

22. — Purgatif salin. Tilleul. Crème de riz le soir.

23. — On commence le traitement à la filudine; 6 comprimés en 24 heures, 2 avant chaque repas.

24. — Nouvel accès de fièvre; température : 39°5 le soir.

25. — La fièvre se reproduit et monte le soir à 39°7.

26. — Température le matin 38°2; le soir, 37°4. A partir de ce jour, la fièvre ne se montre plus.

27. — A la percussion, on trouve la rate toujours notablement augmentée de volume (17 centimètres).

On continue la filudine, concurremment avec la quinine, et les injections de cacodylate; la quinine est suspendue de temps à autre, et supprimée le 6 septembre.

16 septembre. — Depuis le 26 août, les accès ne se sont pas reproduits; le malade se sent mieux, la douleur épigastrique a disparu dès les premiers jours, sous l'influence du régime alimentaire; la pesanteur éprouvée dans l'hypocondre gauche n'est plus ressentie depuis le 2 septembre, et la rate (9 septembre) est rentrée dans les limites normales.

Le 16, on cesse la filudine, et le malade quitte l'hôpital pour s'en aller en congé, n'éprouvant plus de douleurs, et n'ayant pas eu d'accès de fièvre depuis 22 jours.

N.-B. — Dans un cinquième cas, il s'agissait d'un tuberculeux atteint également de paludisme qui venait compliquer son état. Il avait la fièvre tous les soirs. On essaya filudine et quinine sans résultats. Cette observation n'a pas été prise en considération, parce qu'il n'était pas possible de faire la part de la fièvre bacillaire et du paludisme. Ce qui a le mieux réussi, ce fut le régime, le repos au lit et l'argent colloïdal.

Résumant son opinion au sujet de la *filudine*, le Dr de Gouyon de Pontouraude, après avoir regretté qu'il ne lui ait point été possible de traiter plus longtemps ses malades, qui n'ont qu'un désir, au retour des colonies, quitter au plus vite l'hôpital, pour jouir dans leur famille de leur congé de convalescence, s'exprime en ces termes :

« Je considère la filudine comme ne pouvant remplacer la quinine, mais comme un adjuvant *sérieux*.

C'est, en somme, une préparation arsenicale, et, de tout temps, l'arsenic a été utilisé avec avantage sous toutes ses formes, dans une foule de préparations diverses, contre le paludisme.

Toutefois, la Filudine (autant qu'on en peut juger, par un aussi petit nombre d'observations) semble *agir assez vite sur la splénomégalie paludéenne ; elle ramènerait rapidement à son volume normal, la rate hypertrophiée.* »

Ce qu'il n'a point été possible de faire à l'hôpital de Rochefort, faute de temps, et de sujets d'expérimentation assez nombreux, et assez longtemps suivis, d'antres ont pu le faire ailleurs.

Au tout premier rang, nous citerons le Professeur André Combault, chargé par le Gouvernement français d'étudier le paludisme en Perse, qui a pu expérimenter la *filudine* en Perse, dans plus de cent cas d'infection palustre, et suivre assez longtemps ses malades, pour constater les résultats efficaces du produit.

« Sous son action, dit-il (1), le foie diminue nettement de volume, et les fonctions hépatiques, comme le prouvent les analyses des fèces et des urines, redeviennent peu à peu normales. Les accès s'espacent, diminuent d'intensité et disparaissent. L'usage simultané de l'opothérapie hépatosplénique et de la thiarféine exerce une action indéniable sur l'organisme affaibli et infecté du paludéen, en mettant les viscères atteints en meilleur état de résistance, et en luttant, d'une façon efficace, contre l'hématozoaire, tout en combattant l'anémie, et en modifiant la nutrition défectueuse des tissus. »

On ne saurait mieux dire, et en ce qui nous concerne, nous avons la conviction que des expérimentations ultérieures ne feront que confirmer la justesse de ses conclusions.

Toutefois, s'il nous était permis d'exprimer une opinion plus personnelle, nous ne serions pas éloigné de croire, qu'en vertu même de sa composition, et des résultats observés jusqu'ici, c'est surtout sur l'état général et les organes en hématopoièse que la filudine agirait principalement.

Ce serait en revivifiant le fonctionnement de ces organes altérés par l'infection paludéenne, en amenant, peu à peu, la *restitutio ad integrum* de leurs éléments, que la *filudine* administrée pendant un temps suffisamment prolongé (deux ans après la dernière crise aiguë) s'affirmerait, de plus en plus, le *spécifique incontestable et bientôt incontesté, du paludisme chronique.*

LES INTOXICATIONS CARBONÉES

On sait que l'hémoglobine est susceptible de fixer certains gaz et certaines vapeurs, notamment l'oxyde de carbone et l'acide sulfhydrique. On sait aussi que les globules sanguins dont l'hémoglobine est entrée en combinaison oxycarhonnée sont perdus pour l'organisme. La carboxyhémoglobine n'a pas de tension de dissociation, la combinaison est définitive et cette hémoglohine a perdu toute valeur respiratoire. De là les accidents de longue durée qui succèdent aux intoxications aiguës par l'oxyde de carhone, le gaz d'éclairage, etc.

Si ces intoxications aiguës par les gaz délétères sont tout à fait exceptionnelles, le plus souvent accidentelles, l'intoxication chronique, surtout l'intoxication très légère et continue, est d'une fréquence hien plus grande qu'on ne le croit habituellement. Si elle est le plus souvent méconnue, surtout lorsqu'elle est peu marquée c'est que ses symptômes en sont très peu nomhreux ou même nuls. Elle n'en est pas moins dangereuse, non qu'elle soit elle-même susceptible d'entraîner des accidents graves, mais parce qu'en diminuant la valeur respiratoire du sang elle devient une canse adjuvante puissante pour toutes les infections qui peuvent intervenir et en premier lieu pour l'infection tuberculeuse.

Il faut donc rechercher attentivement cette intoxication légère d'autant plus que les individus qui y sont exposés sont d'autre part, sujets à diverses causes d'infection.

On ne la trouve presque jamais chez les habitants de la campagne, elle est fréquente au contraire dans les villes, notamment en la saison que nous traversons, où elle se trouve tout particulièrement favorisée par l'usage si répandu aujourd'hui des appareils économiques de chauffage dits à combustion lente. Aussi, faut-il la rechercher surtout chez tous les individus qui, par profession, passent une partie de leur vie au voisinage des foyers incandescents ou dans une atmosphère confinée. Elle est de règle chez les houlangers, les chauffeurs, les ouvriers ou employés qui vivent autour des machines à vapeur, même à l'air libre et très fréquente aussi, pour la raison que nous venons à l'instant d'indiquer, chez hon nombre de personnes vivant régulièrement dans des appartements chauffés par des poêles à feu continu.

Il faut se rappeler en effet que, si peu qu'il y ait d'oxyde de carhone, si dilué qu'il soit dans l'air qu'on respire, le peu qu'il y en a se fixe sur l'hémoglobine et s'y fixe définitivement.

On trouve aussi très fréquemment cette intoxication chez toutes les personnes qui travaillent dans des pièces éclairées au gaz et on voit par cela combien elle est commune.

Le moyen sûr de la déceler sera l'examen microscopique du sang. Les hématies dont une partie de l'hémoglobine a été transformée une fois en carhoxy-hémoglobine, dégénèrent en effet peu à peu. On se rend très bien compte de cette dégénérescence sur les préparations de sang colorées par l'éosine et un hleu hasique par exemple. Les globules altérées, au lieu d'être nettement acidophiles comme le sont les glohules normaux, deviennent plus ou moins basophiles et se colorent à des degrés divers par le bleu; ils prennent sur les préparations des teintes variant du violet au hleu; c'est la réaction connue sous le nom de chromatophilie. En même temps les glohules deviennent plus ou moins granuleux.

Dans le sang d'un individu sain, il n'existe pas de globules rouges polychromatophiles, chez les intoxiqués par l'oxyde de carbone et l'acide sulfhydrique ils existent, quelquefois en très petit nombre (1/100 ou 1/200 des glohules rouges) mais ils existent constamment.

Cette méthode de diagnostic n'est malheureusement pas très commode ponr le praticien et, s'il est ohligé de s'en tenir aux symptômes cliniques, qui sont ceux d'une anémie légère, il risque fort de laisser l'intoxication passer inaperçue. Il sera alors prudent de traiter préventivement toutes les personnes que leur profession expose à l'intoxication oxycarbonée chronique dès qu'elles présenteront les permiers symptômes d'anémie d'une part et, d'autre part, lorsqu'elles seront exposées à une infection quelconque, lorsqu'elles auront hesoin de toute leur résistance organique.

Le traitement est d'ailleurs tout indiqué; il faudra rendre à ces malades et constamment, l'hémoglohine qu'elles perdent d'une façon continue.

C'est là, du reste, chose aujourd'hui facile, grâce au glohéol qui permet de réaliser dans des conditions éminemment favorables, l'opothérapie sanguine la plus rationnelle et la plus active, pnisque ce produit réunit l'hématie tout entière débarrassée de son enveloppe et le sérum du sang avec leurs ferments et leurs diastases à l'état vivant.

Du fait de sa composition, le glohéol constitue donc la plus active et la plus complète des préparations auxquelles les médecins peuvent aujourd'hui recourir, tant à titre préventif, pour activer la régénération sanguine et tonifier l'organisme, qu'à titre curatif, quand il s'agit de combattre les infections organiques et en particulier les anémies de quelque origine soient-elles, la neurasthénie, la tuberculose, et aussi dans toutes les convalescences.

(1) *Le paludisme apyrétique*, par le Dr André Combault, docteur ès-sciences, ancien professeur à l'école de médecine de Téhéran (Perse), chargé de mission par le Gouvernement français, in *Gazette médicale de Paris*, numéro du 4 octobre 1911, page 313.

RUFUS D'ÉPHÈSE

Un Clinicien d'il y a 1800 ans

Par M. ALBERT COUTAUD

L'histoire des sciences médicales réserve à ceux qui l'explorent dans ses lointaines annales, que ce soit par intérêt scientifique ou par pure curiosité, certains mécomptes, bien des surprises, avec quelques enseignements. Les surprises paraissent réservées aux simples curieux, aux amateurs qui, férus de modernisme, s'imaginent volontiers que l'art médical, dont nous apprenons chaque jour les merveilleux progrès, et qui n'avance pourtant avec sûreté que grâce aux données de l'expérience, est né d'hier, qu'il ne doit rien au passé et qu'en dehors des travaux de nos « génies » contemporains, il n'existe pour ainsi dire pas. Les praticiens, aux prises, chaque jour, avec des problèmes ardus que leur pose la biologie, avec des pièges que leur tend la pathologie, savent bien que les découvertes, même celles qui semblent dues à l'audace la plus spontanée, à l'inspiration la plus géniale, ne sortent pas définitives du cerveau puissant de nos illustres chercheurs, comme Minerve toute armée du front névralgique de Jupiter. Ils puisent donc, dans les souvenirs du plus ancien passé, avec une leçon de gratitude pour les efforts, même infructueux, de ceux qui les ont précédés, quelques enseignements sur la cause des insuccès, et, aussi, quelques encouragements, car l'expérience leur démontre que, en fin de compte, rien ne s'est perdu de ces tentatives manquées, de ces directions maladroites, de ces faux pas sur le chemin de la vérité.

Par exemple, au point de vue de la découverte de la circulation du sang, c'est Harvey qui, en 1619, donne les justifications de ce qu'il a affirmé du passage du liquide vital dans tout le réseau artério-veineux. Après lui, successivement, Malpighi, en 1661, Leuwenhoeck, en 1668, Ruysch, Swammerdam, et les autres jusqu'à nos jours, complètent la découverte du médecin anglais. Mais, avant lui, Ruini, en 1590, avait noté certains phénomènes, Michel Servet, en 1553, avait entrevu, Rabelais avait pressenti le mécanisme des mouvements du sang. André Vésale, qui fut un anatomiste et peut-être un vivisecteur (car on l'avait accusé de travailler sur un homme encore vivant), avait pu y songer en écrivant son traité *de fabrica humani corporis*.

Un autre contemporain, Columbus, d'Italie, avait affirmé que, le cœur se dilatant, le sang allait de la veine cave dans l'oreillette droite, de celle-ci dans le ventricule droit, puis dans l'artère pulmonaire, puis dans l'oreillette gauche. Mais, avant ces semeurs d'idées, on en trouve d'autres, les Arabes, qui ont paru croire à la thèse du transformisme, et, encore avant eux, des médecins, auxquels, pour la première fois, on attribue le titre de *docteur*, tâtonnent « dans la nuit (relative!) du Moyen-âge », à la recherche des vérités selon Aristote, ce maître admirable qui, dans son *Traité de la Génération*, paraît avoir pressenti l'embryologie moderne. Et, de proche en proche, on remonte ainsi, jusqu'aux temps les plus anciens où la médecine grecque était en honneur, où on s'efforçait de l'étudier, de la reconstituer, sinon dans les textes que l'on n'avait pas ou que l'on ne comprenait plus, du moins dans les traductions latines ou dans les commentaires des vulgarisateurs les plus récents, par exemple, ce Coelins Aurelianus qui fut, un moment, dans toutes les mains. « Si vous ne lisez pas le grec, disait Cassiodore (le conservateur des livres latins et, par là-même, des idées grecques), lisez Dioscoride, Hippocrate, Galien, Cœlins Aurelianus et plusieurs autres que vous trouverez traduits dans la bibliothèque. » Cet ancien ministre, devenu moine, se fit historien, et l'amour des lettres lui persuada de garder soigneusement des manuscrits parmi lesquels des traités de médecine, d'après Oribase, Rufus, Soranus, Moschion, Galien, Dioscoride, Hippocrate et la plus primitive école grecque.

Le hasard de mes lectures m'a mis entre les mains les œuvres de l'un des plus anciens, un des moins connus, pourtant un des plus grands, parmi les continuateurs de l'œuvre hippocratique, un des plus féconds parmi ceux dont le Galénisme a utilisé les livres, je veux parler de ce Rufus, qui enseigna à Ephèse, qui fut un anatomiste, un thérapeute, à la fois théoricien et praticien et dont il ne resterait que peu on même rien, s'il n'avait pas eu un certain nombre de copistes ou plagiaires qui, par piété ou détournement, ont conservé des textes du vieux médecin d'Ephèse. De nos jours, on l'a patiemment reconstitué, pieusement ressuscité, sinon dans l'intégralité de ses écrits, du moins dans l'essentiel de ses doctrines et dans le plus curieux de son manuel thérapeutique. On l'a fait avec cette science, cette sagacité, cet instinct divinatoire qui font de nos paléographes, de nos collectionneurs d'antiques manuscrits, les rivaux de ces paléontologistes ou géologues qui demandent leur secret aux couches les plus profondes de notre globe : les uns s'exercent sur les squelettes de manuscrits ou de livres, les autres, sur la poussière terrestre et sur les ossements des races disparues.

A la suite de ces travaux ardus de recherches dans les bibliothèques, de conférences entre des manuscrits souvent presque illisibles, un recueil des œuvres connues de Rufus d'Ephèse fut réuni par Charles Daremberg et Ch. Emile Ruelle, ce dernier ayant continué l'œuvre de celui-là quand la mort vint l'interrompre.

La tâche était délicate, malaisée, car il ne s'agissait pas seulement de conférer avec soin les textes avec leurs variantes d'après quelques traités complets : il y avait à rechercher des œuvres fragmentaires, éparses et comme perdues au milieu d'autres ouvrages. Les deux éditeurs, qui savaient du grec « autant qu'hommes de France » avaient, « à grand renfort de bésicles », suivant le mot de Maître François, guidé leur critique dans le dédale des manuscrits, dans le fatras des variantes et, de cette excursion minutieuse à travers les copies et les commentaires, ils rapportèrent un ensemble aussi complet que possible, qui rend presque inutile toute recherche nouvelle (1).

On a, grâce à eux, cette impression que Rufus mérite d'être placé en très bon rang dans la série des précurseurs de l'ère moderne. Lui et ses élèves remplissent très honorablement cet entre-deux, entre l'Hippocratisme et le Galénisme. L'érudition médicale n'a pas perdu son temps à scruter ses livres ; en effet, elle leur doit de suivre la série des traditions qui commence, historiquement, même avant le père de la médecine, car il y a un temps pré-hippocratique et qui ne se perd pas, même en Occident, en dehors de la demi-renaissance due aux études arabes. En réalité, peu de choses se perdent complètement : elles se transforment, elles évoluent, et certaines œuvres témoignent de ces changements, que l'on peut ainsi suivre à la trace, mais sans que, d'ailleurs, on puisse toujours préciser l'époque des modifications survenues dans les mots ou dans les choses.

Par exemple, malgré toute sa clairvoyance dans le collationnement des textes, le dernier et définitif éditeur de Rufus, M. Ruelle, n'a pu arriver à des preuves certaines au sujet de l'attribution d'un Traité abrégé sur le pouls et son prédécesseur, Charles Daremberg, était resté dans le même doute, après des conjectures conduisant plutôt à des résultats négatifs. Il avait donc été plus facile de dire de qui n'était pas cet ouvrage de sphygmologie dont la date, à en juger par le style, les idées, les citations, est très certainement antérieure à Galien et postérieure à un certain Hérophile. De sorte, concluait Daremberg, que, en ce qui concerne l'attribution à Rufus d'Ephèse, « si rien ne repousse, rien n'établit non plus la conjecture » d'un très ancien copiste, qui, lui, n'hésitait pas à l'attribuer à Rufus. Peut-être, n'est-ce pas sans quelque raison morale, sinon de texte.

(1) Les œuvres de Rufus, mais très incomplètes et sans la garantie de la conférence minutieuse des divers manuscrits, avaient été publiées dans un recueil du XVIe siècle : *Médicae artis principes post Hippocratem et Galenum græci, latinitate donati. Excudebat H Stephanus* 1567, 2 vol. in-4° ». Un autre recueil réuni par All. Torinus avait été publié, à Bâle, en 1528, en un seul volume, beaucoup moins complet par conséquent.

L'édition Daremberg et Em. Ruelle paraît être définitive. Après eux, qui voudrait reprendre une telle œuvre d'érudition ? C'est celle dont je me suis servi pour cette rapide étude, et je remercie, pour tout ce qu'elle m'a appris, le seul des auteurs heureusement survivant, M. Ch. Emile Ruelle.

La sphygmologie du professeur d'Ephèse, en effet, n'est pas en contradiction avec celle de la *Synopsie*. Le principe énoncé tout d'abord pour justifier l'étude du pouls est exprimé dans une forme axiomatique qui n'est pas étrangère à la manière de Rufus : « Il faut étudier avec soin l'art d'interroger le pouls, « car autrement « il est impossible de traiter convenablement « les malades ». On reconnaît la force des conseils qu'il formule dans le traité de l'Interrogatoire des malades.

D'autre part, l'auteur présumé de la *Synopsie* expose ce qui est, en quelque sorte, le dernier état de la science (ou des conjectures) sur le pouls et les palpitations. Il cite Praxagore, Erasistrate, Hérophile, prédécesseurs de Rufus : il ne cite pas Galien, qui vient assez longtemps après, ni Rufus lui-même. Or, ce dernier méritait bien tout au moins cet honneur par son *Traité des parties du corps*, où il parle du rôle des veines et des artères, faisant ressortir que « celles-ci sont le siège du pouls, que c'est à travers elles que circule le pneuma, chassé avec force par le cœur, et qu'il se répand dans tout l'organisme. »

Cette théorie du pneuma se retrouve dans la *Synopsie* : « Quand les artères se vident, il y a systole ; ainsi, le pouls, comme je l'ai dit, a lieu dans les artères, quand elles se remplissent et qu'elles reçoivent le pneuma, et dans le cœur, quand il se vide, comme je vais le démontrer. » Et, plus loin, il ajoute : « Je renvoie à l'anatomie ceux qui veulent s'en assurer. » Qu'est-ce à dire, s'il ne fait pas allusion à son *Traité des diverses parties du corps ?*

La secte médicale des pneumatistes remonte au premier siècle de l'ère chrétienne, et le premier de ses promoteurs aurait été un certain Athénée d'Athalie, en Cilicie. On dut étendre la thèse du pneuma, souffle d'air vivifiant qui circule, dit-on, dans les artères. Erasistrate avait cru que le cœur était animé par la force vitale et par la force psychique émanée du cerveau. Le pneuma, par ses modifications, est la cause des altérations de la santé. « Le pouls, dit l'auteur, a lieu dans les artères quand elles se remplissent et qu'elles reçoivent le pneuma. »

...Et, plus loin : « Il arrive que le cœur, exactement rempli par le pneuma qu'il a attiré du poumon, se porte sur les côtés... »

Et plus loin : « Quand la fièvre commence, le pouls est tout à fait petit et profond dans les deux temps, c'est-à-dire dans la diastole et dans la systole, de sorte qu'on le sent à peine, mais, dans la période d'augment, il se fait graduellement sentir mieux, à cause de la montée du pneuma... »

Suivent des distinctions minutieuses sur les différentes sortes de pouls en l'état de santé ou pendant le cours de diverses maladies : pouls myure, intercident, dicrote, capricant, formicant, vermiculaire.

Il n'y a pas lieu de discuter les opinions des sphygmologues sur cette question du principe de l'activité du cœur : elle n'a plus guère qu'un intérêt didactique, les variations des maîtres de l'an II après Jésus-Christ n'ayant plus de chances d'être discutées, si ce n'est pour montrer à la suite de quels tâtonnements et de quels doutes on arrive à la vérité, une vérité presque toujours relative. On n'en est plus, depuis très longtemps, à citer l'autorité de Galien, de Rufus, d'Hérophile, ou, pour être plus moderne, de Vésale et des autres anatomistes jusqu'à Harvey. Les doctrines médicales de l'antiquité n'ont plus pour nous qu'une valeur documentaire, car elles étaient fondées sur une connaissance très incomplète des organes ; ceux-ci, assujettis à des phénomènes pathologiques ou à des états psychologiques dont la loi échappait encore aux observateurs, n'étaient pas étudiés avec méthode dans leur fonctionnement normal ou accidentel. Pourtant, dans le cours des siècles, les erreurs commises peuvent être utiles, et les devanciers, même lorsqu'ils se sont trompés, ne sont pas inutiles à ceux qui leur succèdent ; ils jalonnent la route.

* * *

Nous ne pouvons analyser en détail les œuvres de Rufus d'Ephèse : elles furent nombreuses, et très diverses, embrassant les questions théoriques et pratiques, donnant l'impression d'un

esprit très ouvert, très indépendant, observateur et philosophique : c'est un savant professeur, mais c'est aussi un vulgarisateur. Nous savons par Oribase que le maître d'Ephèse avait écrit un livre « pour les personnes qui ne sont pas du métier ». Nous savons par d'autres, en outre des emprunts faits à ses écrits, qu'il est botaniste, anatomiste, hygiéniste, et, en employant une terminologie toute moderne, qu'il a fait, à sa façon, de la psycho-thérapie par le soin avec lequel il voulait qu'on interrogeât le malade et ses proches, afin d'inspirer confiance, afin de mieux connaître le milieu dans lequel la maladie s'était déclarée.

Il a su profiter de l'enseignement du passé, mais, à l'occasion, il ne craint pas de contredire même Hippocrate sur quelques points. Il fait appel à son expérimentation personnelle en ce qui concerne les vertus des plantes et les effets d'une alimentation raisonnée, l'emploi judicieux du lait, de l'eau, des viandes, des légumes, l'exercice, la promenade, le tout dans l'intérêt de la santé. Il va même jusqu'à s'occuper de cosmétiques, dans l'intérêt de la beauté (1).

Sous le titre *Du nom des parties du corps*, Rufus établit la nomenclature de tout ce qu'il est indispensable de savoir, quand on veut aborder l'étude de l'anatomie et ne pas procéder, en aveugle, à des travaux de dissection. Il précise quelques appellations traditionnelles depuis Hippocrate, Praxagore, Mnésithée, Zénon, mais il ne discute guère ; il expose à peine, et c'est de la littérature médicale de manuel, presque sans digressions ni commentaires. Il donne des noms, mais ne décrit pas les régions et ne détermine qu'approximativement l'importance des fonctions physiologiques. On comprend cette prudence, lorsqu'on songe à quel point certaines devaient lui être peu familières. De son temps, on ne disséquait plus des cadavres humains ; c'était le singe, mort ou vivant, qui servait à l'étude de l'anatomie. « Dans les temps anciens, dit-il, c'est sur l'homme même qu'on enseignait hardiment l'anatomie et avec plus de succès. » Aussi ne se flatte-t-il pas d'être toujours complet et minutieusement exact. Modestement, il ajoute : « Si on a omis quelques-unes des parties du corps, il ne serait pas juste de tenir avec mépris la somme considérable de connaissances acquises, à cause de quelques petites choses qui auraient passé inaperçues. »

D'après ce qui nous revient des recherches faites par les savants Daremberg et Ruelle, le principal et le plus complet des ouvrages du médecin d'Ephèse est son *Traité des maladies des reins et de la vessie*, avec un corollaire important sur la goutte. La description des symptômes respectifs et des caractères différentiels, les traitements institués, servirent de thèmes, dans la suite des temps, à Galien, Oribase, Aëtius, Paul d'Egine, Razès et les Arabes.

C'est une consolation pour nous, victimes de l'arthritisme au XXe siècle, de penser que nos plus lointains ancêtres n'étaient pas mieux lotis que nous : leurs misères présageaient surabondamment les nôtres, et elles les expliquent un peu sans doute. Question d'hérédité !

A la fin du Ier siècle après Jésus-Christ, aux temps de Nerva et de Trajan, les médecins, grecs ou latins, avaient fort à faire pour réparer les méfaits de cette entité morbide, comme on disait jadis, de cette affection protéique dont souffre l'humanité depuis des siècles et à laquelle on pourrait appliquer le mot de La Fontaine : « Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés. »

Les reins, les vessies, les prostates s'enflammaient comme aujourd'hui : la lithiase, sous de multiples formes, sévissait et les médecins, dont les ressources pharmaceutiques étaient limitées, — l'Urodonal ne devait venir que plus de 1800 ans après ! — en étaient réduits à des palliatifs d'hygiène, générale ou locale, au régime diététique, au massage, à la gymnastique rationnelle, ou, souvent, à des remèdes d'un empirisme, d'une fantaisie, qui nous paraîtraient aujourd'hui singulièrement osés, s'il était encore permis de s'étonner après la vogue de certains charlatans et le succès prodigieux de certains remèdes.

Le maître d'Ephèse n'a pas échappé, malgré son bon sens, à quelques suggestions de son entourage. A côté de procédés très judicieux que ne désavouerait pas un thérapeute moderne pour atténuer ou prévenir la goutte et ses suites, il conseille des pratiques dont l'emploi et la préparation semblent plus du ressort d'un cuisinier que d'un médecin. Le régime alimentaire qu'il institue pour les rhumatisants et les goutteux contient quelques enseignements très utiles, mais il donne aussi des indications contre lesquelles protesteraient énergiquement nos modernes professeurs d'hygiène, qu'on leur demandât leur avis en état de santé ou pendant les accès d'une maladie relevant de la diathèse arthritique.

On dit volontiers que le mal de notre époque c'est l'ignorance. Cela doit nous rendre indulgents pour les hérésies commises par les praticiens d'il y a dix-huit cents ans en matière de régime alimentaire : ils ne sont pas sans se contredire eux-mêmes, mais ceci n'est-il pas toujours d'actualité ?

Ainsi, Rufus, dans son *Traité de la goutte*, croit « que les figues ne sont pas d'un bon effet, néanmoins il faut en faire manger, « en raison « de leurs vertus diurétiques ou laxatives. » A côté de ceci, il recommande l'usage de « pois- « sons assez secs », le mulet, le scorpion de mer ou la scorpène..., le garus (anchois), le homard-pagurus, l'écrevisse qui est plus desséchant. La viande de porc n'est avantageuse ui aux goutteux ni aux arthritiques... car elle est humectante et elle tiraille le ventre. « Il faut lui préférer le chevreau, l'agneau, le veau. »

La sieste après le repas ne convient pas : il en résulte de l'humidité !... Mais on peut, après le repas, se promener ou se reposer. « Si l'on veut faire sa méridienne, qu'on la fasse avant le repas. »

Il conseille tous les évacuants, par le haut et par le bas, et il en indique les formules. La saignée et les cautères peuvent rendre des services : de même les fomentations.

Ah ! le médecin d'Ephèse ne donnait pas ses ordonnances à la légère : il avait étudié les vertus des simples et, non content de les exposer en humble prose, il en avait fait l'objet d'un poème en quatre livres. C'est avouer que sa clientèle et son enseignement lui laissaient des loisirs ! Heureux temps ! Même ses accès de lyrisme sur les antidotes, n'avaient pas compromis son caractère de savant et de praticien. En citant une de ses formules d'antidote, un contemporain, Servilius Damocrate, qui, lui aussi, était médecin et versifiait à propos des antidotes, rappelait que cette préparation était de Rufus « cet homme supérieur, si consommé dans l'art médical ». Bel exemple de confraternité !

***

Ainsi clinicien, hygiéniste, professeur, Rufus est en avance sur les « confrères » grecs ou latins, et il jouit d'une autorité certaine. Il donne des conseils sur l'art d'interroger les urines, « art plus digne que tout autre d'être connu du médecin », mais qui se réduit, étant donné que la chimie n'existe pas, à un examen superficiel des propriétés physiques des excreta.

Il connaît et il développe « les moyens d'empêcher les reins de devenir calculeux ». Le régime est, sauf sur des points où sa prudence et sa science sont en défaut, minutieux, plein de prévoyance. D'ailleurs il est philosophe, et il prévoit des insuccès, des récidives : « Si la maladie ne cède pas à ces remèdes, on vieillira avec elle. » C'est-à-dire que le malade devra s'habituer à son mal et se résigner à n'en pas guérir.

C'est dans le *Traité de l'Interrogatoire des malades* que Rufus marque peut-être le plus de sagacité, de sens médical, d'instinct psychologique. Sur ce point, on pourrait presque affirmer qu'il est de notre temps, tant il met de soin à s'entourer de tous les renseignements concernant le malade, ses antécédents, son moral, les prodromes du mal présent, et tant il s'applique à entrer en confiance avec lui, à s'emparer doucement de son esprit, à le préparer, comme on dirait de nos jours, pour des impressions qui provoquent l'état de suggestibilité favorable à l'application du traitement médical. Rufus estime que rien ne doit être négligé par le médecin, pas même les hallucinations des songes qui, d'après lui, tiennent aux humeurs qui prédominent dans nos corps et qui annoncent les biens et les maux. Il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'il crût à l'oneiromancie ; il serait de son temps, après tout, et même du nôtre qui n'a rien à reprocher aux siècles superstitieux. Mais peut-être ces hallucinations sont-elles des indications au sujet du moral dégénéré et d'un désordre morbide, et le médecin doit en tirer parti pour son diagnostic psychologique.

Rien de ce qui se passe au dedans et en dehors du malade ne doit être indifférent au médecin pour arriver au but qu'il veut atteindre, le rétablissement normal de la santé. Rufus, au chevet du lit de son malade, s'entourait de tous indices capables de le renseigner et de lui suggérer le meilleur traitement. Son attitude devait être telle que, plus tard, pouvait la conseiller Rabelais, pour gagner la confiance du patient, relever son courage, supprimer les doutes et les résistances au traitement. C'est dans cette situation, probablement, qu'il accepte lui-même des moyens qui ne sont pas justifiables des règles médicales, mais qui ont une valeur de suggestion. Telle cette recette contre l'ictère : « Pressez une « grosse courge, faites un trou à sa partie supé- « rieure, retirez les pépins en y laissant la masse « moelleuse ; remplissez la courge de vieux vin « et laissez macérer toute une nuit. Le lendemain, « dès l'aurore, filtrez le vin, faites-le chauffer, « et donnez à prendre aux malades qui ont la « bile jaune ». Autre recette aussi peu scientifique : l'usage de l'anneau de cuivre chypriote est utile contre les maladies des reins. Rufus l'a accepté, Galien également et Alexandre de Tralles, qui qualifie ce dernier de « très divin », s'y rallie. Question de confiance ! Suggestion !

C'est en conférant des traditions de ces deux premiers maîtres qui se sont succédés dans l'estime des médecins que le compilateur Alexandre de Tralles trouve la pratique de l'incantation. C'est encore, croyons-nous, à titre de traitement psychique, pour donner au malade confiance et patience, en attendant que la nature opère dans un sens ou dans un autre. Cette incantation ne vaut-elle pas mieux que « le remède naturel » ? Par exemple « faire prendre du sang de bouc bien desséché, broyé, tamisé, pour guérir de la pierre ; ou encore, de la poudre de cigales, moins les ailes et les pattes, à faire prendre par le malade, quand il sera au bain. »

Ce sont des remèdes simples (!), et on peut les compliquer avec du nard en épi, poivre, une once de chacun ; casse, costus, deux onces chacun ; à faire dissoudre dans l'eau et à boire le matin. Remède très actif, paraît-il, contre... la pierre. Je n'ose pas vous dire : essayez-en !

Si ces remèdes, simples ou composés, ne réussissent pas, recourez, pour les néphrétiques, au sang de chèvre, employé tout chaud en onction à l'extérieur : c'est excellent aussi ! « ce sera encore mieux si vous placez le bouc égorgé au- « dessus de la vessie ».

Il y aurait bien d'autres détails piquants sur cette thérapeutique fantaisiste et même fantastique, mais il faut savoir se borner pour ne pas trop compromettre la bonne opinion que l'on peut avoir encore du maître d'Ephèse, un oracle en son temps.

Une dernière consultation nous indiquera où l'on en était, à cette époque, en fait de remèdes extraordinaires contre les affections de la vessie et des reins.

« Au nombre des recettes renommées (contre la pierre) est le roitelet troglodyte... ou le moineau struthium... Cet oiseau, salé tout entier et mangé cru d'une façon continue fait rendre avec les urines les calculs déjà formés et empêche qu'il ne s'en forme d'autres. Brûlé tout vivant avec ses ailes, sa cendre, bue seule avec du poivre ainsi que des feuilles en quantité modé-

(1) Oribase nous a transmis sa formule d'un savon pour enlever les rides :

Prenez figues grasses et racine de vigne hachées à sec ; os de sèche brûlée, farine d'ers, toutes choses pilées séparément, puis ensemble et arrosées convenablement de miel : puis employez.

Rufus assure, et Oribase répète après lui, qu'en faisant un usage suivi de ce savon, la peau se tend et les rides disparaissent. — Nous, ne garantissons rien !

Ainsi, de tout temps, la femme a tâché d'être et de rester belle ; or, la beauté ne va guère sans la santé, à la différence de la santé qui peut se passer de la beauté, ce qui se voit souvent.

ée, dans dn miel-bien tempéré, a, par nature, a même efficacité »

Et, de fait, si le remède ne faisait pas de bien, il ne faisait pas de mal, si ce n'est aux pauvres passereaux victimes de l'ignorance des hommes.

Une telle indication nous paraît-elle plus ridicule que telles autres usitées de nos jours encore et dont se rendent victimes tant de panvres diables hypnotisés par la répntation de charlatans éhontés ? Certains des procédés employés, il y a 1.800 ans, par Rufus et ses disciples, certaines recettes ridicules contre des maladies terribles et à brève terminaison, comme la rage, la peste et autres, ont cours encore. C'est ce qui doit nons inspirer un pen d'indulgence à l'égard de ces lointains aïeux de l'art médical qui se trompèrent sonvent et qui étaient fort excusables. Ils avaient leurs « remèdes sacrés », qui ne guérissaient pas toujours les malades, mais qui ne les tuaient pas non plus. Les malades avaient sans donte plus de résistance et contre la maladie et... contre le médecin. Dans les temps anciens, celui-ci avait tout à apprendre : ses notions de biologie, d'anatomie, etc., étaient rudimentaires, et il ne pouvait, en quelque sorte, que balbutier des explications au sujet de phénomènes dont la cause lui échappait complètement. A constater la difficulté qu'éprouvent nos savants contemporains à démontrer ce qu'ils croient être la vérité, nous pouvons juger de ce que les grands praticiens des écoles grecques, latines, arabes durent éprouver à réaliser patiemment certains progrès et à faire faire quelques pas même bien modestes à la science.

Nons devons être fiers des résultats admirables auxquels est arrivée la science moderne. Ce n'est pas une raison pour ne pas louer les efforts de nos plus antiques prédécesseurs.

Peut-être qu'un jour, dans la suite des temps, tel de nos grands savants, bien oubliex, et pour cause, de Galien, de Rnfus, d'Asclépiade, et des autres, sera lui-même victime de l'ingratitude de nos arrière-neveux, comme l'ont été successivement les savants de l'antiquité et du moyen-âge. *Patere legem quam ipse tulisti*, pourra-t-on lui dire, mais, comme il sera dans le royaume des ombres, personne sans doute ne ne lui dira, et, comme d'ailleurs, « en ce pays inconnu, d'où pas un voyageur n'est encore revenu », on ne doit pas avoir les sentiments étroits et mesquins auxquels nous sommes en proie ici-bas, il importera sans doute pen à cette ombre illustre qu'on parle d'elle ou non, et, si l'on en parle, que l'on en dise du bien ou du mal. Là-bas, encore plus qu'ici, suivant le conseil de Renan, on doit se résigner assez facilement à l'onbli, ce qui est une vaine contingence pour des esprits supérieurement évolués.

N'importe, puisque, si tardivement après d'autres et grâce à d'autres, je me trouve avoir découvert Rufus d'Ephèse — comme La Fontaine avait ressuscité Baruch, — il m'a paru que je devais, au passage, le saluer d'un hommage reconnaissant, sinon en disciple, du moins en profane averti, afin qu'il sache, si cela peut être agréable à cet ancêtre, qu'il n'est pas mort tout entier et qu'il reste quelque chose de lui dans la mémoire des arrière-neveux qu'il possède encore, en ce deuxième millénaire après sa mort.

Urémie et Phénolphtaléine

M. le docteur Fontagny rapporte dans la *Bourgogne médicale* (n° 3) un fait qu'il est hon de connaître, car il s'agit d'un accident dû à un purgatif fort employé. Il s'agit d'un malade de 77 ans, atteint de néphrite chronique, mais qui, grâce à un régime approprié, après avoir en une première crise urémique, se trouvait dans un état satisfaisant, lorsque brusquement la quantité des urines, qui oscillait entre 1.500 et 1.800 grammes par jour, diminuait au point d'atteindre à peine 200 grammes par vingt-quatre heures. En même temps, s'établissait une salivation très abondante qui ne cessait ni jour ni nuit.

Le malade présentait un état général assez manvais, somnolence, facies terreux d'intoxiqué.

Pensant à une crise d'urémie, on pratique une saignée de 400 grammes et on prescrit le traitement classique de l'urémie, hoissons aqueuses, théohromine, inhalations d'oxygène et grands lavements.

Le lendemain, aucune amélioration ; la salivation et l'anurie persistent, l'état général est plus mauvais et la somnolence s'accentue. La réaction de Widal, cependant, donne à peine 2 grammes d'urée par litre de sèrum.

... Je demandai alors, dit M. Fontagny, si le malade n'avait pas fait usage d'un médicament susceptible de fermer son rein, et on me présente alors une hoîte de pastilles laxatives qu'il avait substituées à l'eau minérale purgative dont il devait faire usage à intervalles réguliers. On me dit qu'il en prenait régulièrement, depuis un mois, une, deux et quelquefois trois par jour. Je pensai que le principe actif de cette préparation pouvait être la phénolphtaléine et je fis dissoudre une pastille dans l'eau ; j'ajoutai quelques gouttes d'ammoniaque et la coloration rouge obtenue me révéla que je ne m'étais pas trompé. L'urine traitée par l'ammoniaque présenta la même réaction ; la salive examinée ne contenait pas de phénolphtaléine.

L'état du malade resta stationnaire, c'est-à-dire que la salivation et l'anurie persistèrent jusqu'au moment où la phénolphtaléine disparut des urines. Le premier jour, c'est-à-dire le cinquième jour de la maladie, les urines atteignirent 900 gr. et 1.500 gr. le lendemain ; l'amélioration continua et fut assez rapide.

Comme depuis un an, cette crise ne s'est pas renouvelée et que l'état général reste bon, M. Fontagny nepeut pas douter que cet accident ne doive être attribué à la phénolphtaléine. Ce médicament, qui peut être utile comme laxatif, ne doit pas être prescrit comme purgatif et notamment à des sujets dont le rein est suspect.

REVUE CLINIQUE

Traitement par le sérum gélatiné d'un anévrisme de l'aorte coexistant avec une tuberculose pulmonaire

Par J. CHARLIER et A. DUFOUR

Depuis que Lancereaux et Paulesco, s'appuyant sur les expériences de Dantre et Floresco, proposèrent les injections sous-cntanées de gélatine comme mode de traitement des anévrismes de l'aorte, cette méthode a, tour à tour, connu des heures de succès et des moments de défection, ces derniers imputables soit à l'inefficacité du reméde, soit à des accidents graves provoqués par une stérilisation insuffisante. Nous n'avons pas l'intention de prendre partie dans la discussion qui dure encore et, pour notre part, nous croyons que là, comme ailleurs, il est bon de faire preuve d'un certain éclectisme. Il est certain que dans nombre de cas, la gélatine est restée inefficace, mais des améliorations indubitables ont été obtenues. En ce qui nous concerne, nous avons en récemment l'occasion d'essayer avec succès la gélatine dans un cas d'anévrisme de la crosse de l'aorte, et nous croyons intéressant de vous présenter le malade, dont voici, au surplns, le résumé de l'observation :

A. C..., 41 ans, garçon de café, vient à l'hôpital parce qu'il tousse. Il y a plusieurs tuberculeux dans sa famille. Personnellement il a des accidents palndéenssyphilitiques. La syphilis date du service militaire. On a dû le traiter il y a trois ans pour une vague histoire d'ulcère d'estomac.

Depuis cinq mois le malade s'est mis à tousser, à cracher et à maigrir. Il s'agissait d'une tuberculose pulmonaire au début, dont il existe maintenant des signes bien caractérisés : ramollissement au sommet droit, infiltration du poumon gauche, avec leur cortège habituel de signes fonctionnels et généraux. Parmi ceux-ci, toux opiniâtre, fréquente, qui a son importance dans le cas présent, puisque à chaque fois elle occasionne une saillie considérable de la poche anévrismale, visible au-dessus de la clavicule gauche.

L'anévrisme n'a été remarqué par le malade qu'il y a trois mois. Il a nettement constaté à cette époque qu'une tumeur apparaissait chaque fois qu'il toussait. Ce ne fut d'abord que peu de chose. Mais peu à peu, l'impulsion se fit plus forte, la distension s'accrut sous l'influence de secousses de toux répétées. Et, à l'entrée du malade, on est de suite frappé par une masse grosse comme une mandarine, animée de battements et expansible à chaque systole ; elle siége en arrière et au-dessous de la clavicule gauche. Dès que le malade tousse, il s'y fait une distension énorme, au point de croire que la poche va éclater, ce qui n'est pas sans inquiéter le porteur qui la comprime alors avec la main. La tumeur acquiert alors les dimensions d'une grosse orange.

Nous passons sur les signes physiques habituels qui n'ont rien là de particulier. Il faut noter que le cœur n'est pas gros, et qu'il n'y a pas de lésions au foyer aortique.

Pas de signes laryngés, pupillaires ou veineux. Rate et foie normaux. Réflexes conservés. Température de bacillaire en évolution (autour de 38°) et nombreux bacilles de Koch dans les crachats.

La coexistence d'une bacillose ouverte en évolution ne nous permettant pas de lutter contre les lésions syphilitiques causales de l'ectasie aortique, nous n'avons pu songer à utiliser chez ce malade la médication iodurée. C'est pourquoi nous avons pensé qu'il était indiqué de recourir à la médication coagulante et nous nous sommes adressés au sérum gélatiné.

Au préalable on avait pratiqué une radioscopie qui montrait une ombre aortique débutant à la base du cœur et occupant toute la crosse.

Nous avons employé du *sérum gélatiné à 2 0/0, très soigneusement stérilisé*. Au lieu de faire comme habituellement deux ou trois injections de 100 à 150 centimètres cubes de ce sérum à intervalles espacés, nous avons procédé par doses plus minimes pour injecter en peu de temps. Le malade a reçu ainsi deux séries d'injections de 20 centimètres cubes :

La première série a été de neuf injections pratiquées journellement du 22 juin au 8 juillet.

La deuxième série en a compris neuf aussi du 31 juillet au 9 août.

Ces injections ont toutes été hien supportées ; aucune n'a occasionné de douleur ou de manifestation dans la courbe de température. Pendant la seconde série, le malade qui était apyrétique auparavant l'est resté.

Voici maintenant les résultats : très rapidement on a constaté une amélioration considérable de l'ectasie. Elle a pris une consistance ferme, puis dure, puis presque catilagineuse. Cette tumeur, si extensible auparavant, qui soulevait le sterno-cléido-mastoïdien et les téguments du con dès que le malade toussait, en se débattant d'une façon telle que l'on en était arrivé à redouter une rupture, a perdu, par suite de son durcissement et de son ratatinement progressif, tonte son élasticité. Au lieu de la transformer en saillie plus grosse que le poing, les secousses de toux la laissent presque indifférente et l'on ne sent plus derrière la tête de la clavicule et un peu au-dessous d'elle qu'une petite masse très dure de la grosseur d'une noix (1).

(1) Soc. médic. des hôp. de Lyon.

REVUE D'UROLOGIE

Le Traitement de la Cystite blennorragique

Des diverses complications de la blennorragie, il n'en est pas de plus commune que la cystite.

Celle-ci peut présenter deux caractères : être simplement irritative, et c'est, du reste, la plus fréquente, on être infectiense et alors l'urine fourmille de microhes variés, en particulier de coli-hacilles et aussi de gonocoques.

En ces cas, naturellement, l'infection vésicale a été ascendante et le microhe a passé de l'urèthre dans la vessie.

Quelle que soit, du reste, la nature de la cystite venant compliquer une blennorragie, son traitement commande les mêmes indications communes.

La première régle à suivre pour tout malade atteint de cystite est de se soumettre à une hygiène alimentaire sévère. Il faut supprimer soigneusement de l'alimentation tous les mets épicés, tous les excitants, les asperges, les tomates, l'oseille, le gihier, les hoissons alcooliques et éviter avec non moins de soin les grandes fatigues, les veilles, les excitations génésiques. Les grands hains sont à recommander, ainsi que l'usage des hoissons délayantes et lénitives.

Mais ces prescriptions ne constituent que l'un des côtés de la thérapeutique indispensable, surtout quand l'on se trouve en présence d'une cystite infectieuse.

Dans ce dernier cas, il faut encore de toute nécessité agir sur l'élément microbien, en particulier sur le gonocoque. Rien n'est plus important.

On n'ignore pas, en effet, que toute cystite gonococcique qui ne guérit pas rapidement, en l'espace de quelques semaines, devient chronique et peut être pour le malade une source de dangers graves, notamment peut joner un rôle d'appel pour la tuberculose.

Aussi hien, du reste, possédons-nous aujourd'hui des moyens commodes de prévenir de semblables accidents. Le pagéol, en particulier, qui résulte de la combinaison du hicamphocinnamate de santalol et du dioxybenzol avec les principes actifs de *Fabiana imbricata* et d'*Hysterionica baylahuen*, donne, à cet égard, toutes les facilités désirables.

Prescrit à la dose de 16 capsules par jour, dès le premier jour et jusqu'à disparition complète des accidents, puis à la dose rédnite de 6 à 8 capsules par jour, durant quinze jonrs ensuite, il assure la désinfection parfaite de l'arhre urinaire tout entier et cela sans causer le moindre trouble digestif, à l'encontre de la plupart des composés balsamiques préconisés dans le traitement thérapeutique.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le Traitement des Névralgies par les Injections profondes d'alcool

Je soumets à la Société un fait ayant trait à la thérapeutique des névralgies par les injections profondes d'alcool. Il s'agit là d'un tout petit fait clinique, mais les circonstances dans lesquelles il a été observé lui donnent la valeur d'une étude expérimentale. On peut donc en tirer une conclusion positive ; elle intéresse le mode d'action des injections.

Il n'est pas besoin de rappeler ici les heureuses applications de cette méthode thérapeutique ; certes, il est possible qu'elle ne soit jamais réellement curative, mais elle reste nn excellent procédé de traitement, et peut-être, à l'heure actuelle, est-elle le meilleur dans les névralgies faciales rehelles. Mais, si les études de Schlösser, Ostwalt, Lévy et Baudouin, Brissaud et Sicard, etc., ont fixé à peu près complètement la technique, les indications et les résultats de la méthode, nous sommes beancoup plns mal renseignés sur son mode d'action.

Ce n'est pas le lien d'étudier ici si cette thérapeutique a une action dans les diverses formes de névralgies ; il ne sera question que de la névralgie faciale dite essentielle, c'est-à-dire de celle dans laquelle une section physiologique du tronc nerveux produit une cessation de la douleur, sédation qui persiste tant que dure l'interruption des conducteurs.

Les injections profondes d'alcool à 80° produisent cette section physiologique ; c'est incontestable, si l'on en juge par l'anesthésie ohjective qui suit l'intervention et par la sédation qui lui est paralléle ; mais cette section peut-elle être définitive? autrement dit, les injections peuvent-elles être véritablement, comme on le dit, « neurolytiques » ? C'est là un point important. Comment l'apprécie-t-on? Généralement les auteurs ne donnent ancune précision sur ce point ; mais on admet assez unanimement que l'interruption physiologique doit être définitive pourvu que l'injection ait été poussée dans le tronc même du nerf. Cette opinion se base sur quelques études expérimentales incomplètes qui ont fait conclure que l'alcoolisation produisait dans les troncs nerveux la « section chimique » du nerf ; elle se base surtout sur des appréciations cliniques : le plus sonvent, comme on le sait, les injections thérapeutiques réalisent des guérisons temporaires de quelques mois à un an, et très exceptionnellement des guérisons définitives ; de là à admettre que dans les premiers cas le liquide n'a été porté qu'an voisinage immédiat du nerf, et dans les seconds a pénétré le tronc lni-même, il n'y a qu'un pas ; le fait paraît vraisemblable si l'on tient compte que la très grande difficulté de ponctionner juste sur le filet nerveux, profondément situé, correspond assez bien à la très grande rareté des cas définitivement soulagés.

Or, je pense démontrer que cette opinion est inexacte, ou au moins exagérée, et que, chez l'homme, une injection intratronculaire d'*alcool à* 80° n'amène pas fatalement la section physiologique définitive du conducteur nerveux.

J'ai eu l'occasion de suivre, depuis plus d'un an, une malade de 60 ans, souffrant depuis dix ans d'une névralgie localisée au rameau susorbitaire : névralgie très douloureuse, ayant résisté à toutes les thérapeutiques médicales usuelles. J'ai soigné d'abord cette femme à ma consultation du Dispensaire, puis grâce à l'amabilité de M. Lannois, j'ai pu la traiter dans le service des maladies nerveuses à l'époque où je n'étais pas encore chargé de ce service. J'ai fait au déhut des injections d'alcool à 80° avec la technique usuelle du sus-orhitaire. Il y a eu immédiatement un résultat très favorable, la malade a pu recommencer à travailler ; mais la guérison ne durait, à chaque fois, que quelques semaines, et le sujet devait venir lui-même demander fréquemment une nouvelle injection. Désespérant d'atteindre le tronc nerveux de manière définitive, et pensant que jusque-là l'alcool n'avait jamais été injecté qu'au voisinage du nerf, je fis, sous anesthésie, après recherche du tronc, une injection sous le contrôle de la vue ; 1 centimètre cube d'alcool à 80° fut poussé dans le nerf lui-même en plusieurs points soit dans le sens centripète, soit dans le sens centrifuge. Il s'ensuivit immédiatement une anesthésie cutanée, et du même coup toutes les douleurs diparurent ; huit jours après l'intervention, la malade quitta le service, se croyant complètement et définitivement guérie. Elle ne fut revue que huit mois plus tard ; et elle déclara alors que *les douleurs étaient survenues à nouveau quelques semaines après l'intervention*, moins fortes qu'autrefois, permettant la vie quotidienne, mais ayant les mêmes caractères que par le passé ; de temps à autre étaient même réapparues de véritables crises très violentes empêchant tont travail pendant plusieurs heures ; on ne put savoir pendant combien de temps avait persisté l'anesthésie cutanée, mais en tout cas, au moment de ce nonvel examen, il n'en restait ancune trace.

On pourrait penser que dans ce cas il s'agissait en réalité de douleurs psychopathiques ; mais, outre que les éléments d'appréciation clinique permettaient d'écarter cette hypothèse, dans tonte l'évolntion de la maladie les sédations provoquées avaient coïncidé avec l'anesthésie objective dn tégument cutané, et lorsque la malade fut revne, l'anesthésie avait disparu ; on pourrait penser aussi que le nerf avait hien été détruit définitivement, mais que des voies collatérales on anastomotiques avaient permis le rétablissement de la conduction nerveuse : or il n'en est rien, car l'examen anatomique du nerf fut fait neuf mois après l'intervention ; la malade ayant finalement suhi l'arrachement de son sus-orbitaire ; cet examen montra l'intégrité à pen près complète du fascicule nerveux. On est donc fondé à conclure que l'injection n'avait pas modifié le nerf de manière durable.

En résumé, *une injection d'alcool à 80° poussée dans le tronc même d'un nerf ne détruit pas nécessairement ce nerf;* si dans la pratique on n'obtient, après les interventions habituelles qu'une guérison temporaire, on n'est pas autorisé à penser qu'il y a eu quelque faute on imperfection de technique. Cela n'ôte rien à la valeur de la méthode des injections profondes ; cette méthode reste de tout premier ordre ; et justement chez le sujet qui a fait l'objet de l'observation précédente, l'amélioration pratiquement considérable des douleurs dura neuf mois ; au contraire, il y ent, à la suite de l'arrachement pratiqué au bout de ce temps, une reprise incontestable des anciennes douleurs ; ce cas peut donc servir d'exemple pour la supériorité des injections par rapport à celle des arrachements.

Par contre, cette donnée précise le mode d'action de l'alcool ; celui-ci paraît agir, même lorsqu'il est porté en plein dans le fascicule nerveux, en *modifiant simplement la conductibilité des fibres*, et en la modifiant d'une manière généralement transitoire : il y aurait lieu de voir si ces conclusions sont applicables aux autres agents dits neurolytiques quelquefois employés. Bien plus, on peut se demander si les rares cas de guérison définitive à la suite de l'alcoolisation ne concernent pas des algies psychopathiques ayant eu pour point de départ une névralgie légère et ayant définitivement cédé à l'occasion de l'injection ; cela est une simple hypothèse, mais j'en rapprocbe une phrase d'Oppenheim notée dans son *Traité* des *Maladies nerveuses* (I, p. 654, 1908).

« Dans un cas antérieurement guéri par Schlosser, écrit-il, lequel plus tard entra dans mon service, Il s'agissait d'une psychalgie. » (1).

REVUE DE CHIRURGIE

Le Traitement rationnel des fractures

Par le Docteur L. RAOULT-DESLONGCHAMPS

Il y a quelques années, suivant le cours de Médecine légale qui se fait à la Morgue, j'eus plusieurs fois l'occasion d'assister à des autopsies de blessés, victimes d'accidents du travail. Chez ceux présentant des fractures et ayant survécu seulement quelques heures à l'accident, je fus étonné de constater l'hémorragie énorme qui s'était répandue, non seulement dans les foyers de fracture, mais encore tout autour, dans le tissn cellulaire, fusant quelquefois très loin, sous les

(1) Soc. médic. des hôp. de Lyon.

aponévroses ; ces gros épanchements sanguins s'expliquent par la structure anatomique de l'os qui, largement vascularisé, contient des vaisseaux dont le calibre reste béant, n'ayant aucune facilité pour se rétracter, de sorte que leur écoulement ne doit s'arrêter que lorsque le foyer hémorragique est rempli, offrant une contre-pression suffisante à la pression sanguine.

Cliniquement, nous savons que l'ecchymose est un signe qui ne manque pour ainsi dire jamais dans les fractures ; faut-il savoir encore le rechercher, car, quelquefois, le sang épanché, bridé par des aponévroses solides, ne vient affluer à la peau que bien loin du siège de la lésion osseuse. Il y a donc, dans cet hématome qui accompagne toujours la fracture, un fait, qui, pour moi, doit dominer la thérapeutique de ces blessures.

D'autre part, j'ai souvent radiographié des malades présentant des cals énormes et j'étais tout étonné de constater que ces cals ne laissaient aucune trace sur la radiographie. Même en s'en rapportant uniquement à l'épreuve radiographique, on pourrait croire que des fractures solides ne sont nullement consolidées, et plusieurs années même après la guérison, il se dessine encore sur les épreuves radiographiques des traits de séparation ne contenant pas de substance minérale.

Cliniquement, nous connaissons des fractures de la rotule, dont les fragments sont réunis par des bandes de tissu fibreux de plusieurs centimètres. De plus, nous savons que ces gros cals disparaissent par la suite, sous l'influence des glissements musculaires, tandis qu'il n'en serait probablement pas de même de véritables ostéomes.

Tout le monde sait le danger qu'il y a de faire marcher trop rapidement les fractures obliques de la jambe, alors que la consolidation paraît parfaite, les surfaces fracturées glissent l'une sur l'autre, pouvant changer en un résultat déplorable un beau succès de réduction.

Ces faits m'ont amené à penser que la réunion, au moins au début, était constituée, non pas par du tissu osseux, mais par du tissu élastique dont les fibres, d'abord très lâches et peu résistantes, se resserraient peu à peu pour former un cal qui, d'abord de consistance pâteuse, ne prenait que peu à peu la consistance solide.

Or voyons si la thérapeutique ordinairement pratiquée dans des fractures tient compte de ces données sur l'épanchement sanguin et sur la formation du cal.

En présence d'une fracture, la méthode actuellement classique consiste à rechercher l'immobilisation immédiate du membre et, comme plus l'immobilisation est rigoureuse, plus le médecin est content, il ne manque pas d'appliquer un appareil plâtré. Ensuite, si le malade est un peu fortuné, on fait venir le radiographe, et l'on constate que les fragments ne sont nullement en place, on enlève l'appareil, on en remet un autre qui replace les fragments dans la même position ou dans une plus mauvaise, mais on ne fait pas revenir le radiographe.

Au bout d'un temps long, un mois, même six semaines, on enlève l'appareil, duquel on retire un membre amaigri, à la peau altérée, dont les muscles n'existent plus ; mais alors, c'est le triomphe du massage et de l'électrisation. Dans un temps qui est généralement six fois celui pendant lequel a été maintenue l'immobilisation, on obtient un bras ou une jambe, qui, évidemment, rend des services, mais dont le fonctionnement est exceptionnellement normal, comme le montrent les statistiques des compagnies d'assurances-accidents. Ces résultats s'expliquent aisément si l'on veut bien tenir compte que l'on a tout fait pour entraver le processus naturel de guérison, pour contrarier la *natura medicatrix*. En gênant la circulation du membre ; en supprimant les contractions musculaires et les mouvements qui favorisent la circulation du sang, ne empêchant la peau de remplir son rôle respiratoire et sécrétoire, on a paralysé les meilleurs moyens dont dispose l'organisme, pour résorber l'épanchement ; ce sang mort, devenu un corps étranger, qui, interposé entre les fragments osseux, non seulement retarde considérablement le travail de consolidation, mais encore empêche très souvent toute réduction : c'est pour cela que le médecin qui a fait radiographier son malade et qui le change d'appareil plâtré le remet obligatoirement presque toujours dans la même situation.

Tout autre est le traitement des fractures tel que nous le comprenons. Personne ne conteste l'utilité d'une radiographie prise dans deux diamètres, qui permettra de constater la situation des fragments, leur nombre, les esquilles, etc.

Quand elle n'aurait pour résultat que d'empêcher d'immobiliser dans un plâtre des malades qui n'avaient pas de fracture, ce serait tout bénéfice pour le patient. Le blessé se trouve grandement soulagé sitôt qu'on lui a posé un appareil, que l'on a remplacé son squelette interne déficient par un squelette externe artificiel.

Toutes nos préférences vont à l'appareil amovible.

J'ai eu le grand bonheur de voir que le Dr Dupuy de Fresnelle, partageait mes idées sur les inconvénients de l'appareil plâtré, proposant de le réserver pour quelques cas exceptionnels. Il nous a dit qu'il se trouvait très bien de gouttières, qu'il fabriquait avec de la toile métallique, mais je préfère les appareils en aluminium laminé, que j'ai fait construire, parce qu'ils sont plus rigides, protégeant mieux le membre blessé ; étant donné que la gouttière est destinée à contenir, outre le « membre fracturé, les appareils de réduction, constitués par les coussins, l'ouate, ils offrent un point d'appui plus solide sur leur paroi rigide, qu'une toile métallique quelle qu'en soit l'épaisseur. Enfin, ils ont le gros avantage que, dans les fractures de jambes on peut lever le malade sitôt l'appareil posé, et il se sent si bien maintenu qu'il faut insister de manière à ce que l'on ne transforme pas la gouttière en un appareil de marche. J'ajouterai que cette transformation en appareil de marche s'obtient facilement par l'adjonction d'un étrier métallique, prenant point d'appui au-dessous de l'articulation du genou.

Bien entendu, en mettant un appareil, on fera son possible pour mettre le membre en bonne situation, mais je crois, au moins à ce moment, que les manœuvres de force sont plus nuisibles qu'utiles ; de même dans la suite, je ne crois pas qu'elles aient d'autres résultats que de faire souffrir le malade, n'ayant jamais vu les tractions les plus énergiques désengrener une fracture par pénétration de l'extrémité inférieure du radius (heureusement), ni ramener dans la continuité les fragments d'une fracture du fémur ou de l'humérus (malheureusement).

Dans les premières heures qui suivent le traumatisme, l'épanchement sanguin continue à se faire et il y aurait tout intérêt à le limiter ; peut-être y arriverait-on par une compression locale ; quoique, étant donné la facilité avec laquelle le sang se répand dans le tissu cellulaire, je n'aurais pas grande confiance dans ce procédé. L'épanchement constitué, il importe de le faire disparaître le plus tôt possible. Autrefois on ne manquait jamais d'arroser copieusement les fractures, d'eau-de-vie camphrée ; j'ai souvent employé les compresses d'eau blanche, qui étaient fort en honneur dans les infirmeries régimentaires ; mais je crois que le meilleur moyen que nous ayons à notre disposition est le massage et surtout le massage vibratoire qui, agissant d'une façon plus profonde, donne des résultats beaucoup plus rapides que le massage manuel.

Depuis deux ans, j'emploie couramment, avec le massage, l'air chaud, qui, lorsqu'il est bien supporté, produit une congestion active, une circulation plus considérable et, par suite, une résolution plus rapide du sang extravasé. Les applications d'eau chaude agissent de la même manière, quoique moins efficace, mais à défaut d'air chaud, elles peuvent être recommandées. En somme, il faut tout mettre en œuvre afin de faire disparaître le sang mort, le corps étranger qui gêne la réduction, entrave la consolidation.

A mesure que l'épanchement se résorbe, on voit l'œdème disparaître et l'on peut constater à la radiographie que les fragments se rapprochent, surtout si on a soin de favoriser la réduction, d'abord par des pressions judicieusement appliquées dans l'appareil, soit par des tampons de coton, ou mieux encore, par des ballonnets à air, tels que ceux que j'emploie. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'avantage qu'il y a de vérifier fréquemment sous la radioscopie la marche du traitement.

En somme nous croyons que les bons résultats que donne le massage dans le traitement des fractures est dû à son action sur l'épanchement sanguin ; en conséquence, ce massage doit être fait, non après, mais avant la consolidation, parce qu'il prépare le foyer de la fracture, en éliminant les corps étrangers qui gênent la réparation.

Nous savons tous le grand avantage qu'il y a, pour obtenir une bonne réunion d'une plaie chirurgicale, à faire une hémostase soignée, qui ne permet à aucun caillot de s'interposer entre les surfaces à réunir ; il en est de même pour la réunion des fragments osseux ; alors, au lieu de ces gros cals exubérants, obtenus dans les appareils inamovibles, nous n'avons plus que des cals à peine perceptibles, obtenus en quelques jours, comme si l'organisme n'avait porté son effort que là où réellement il était utile.

Cette méthode de traitement, si elle ne donne pas toujours une réduction anatomique parfaite, que je crois souvent impossible d'obtenir, permet, au moins, d'approcher la perfection et d'abréger considérablement la durée d'indisponibilité des malades.

J'ai eu, il y a trois mois : un malade atteint d'une fracture du tibia et du péroné au tiers inférieur, qui marchait avec une canne, vingt-huit jours après l'accident. Un blessé présentant une fracture du radius et de l'apophyse styloïde du cubitus, par un retour de manivelle, conduisait son automobile vingt-neuf jours après l'accident. Même des accidents du travail ont repris leurs occupations après six semaines de traitement. A côté de cela, combien de malades immobilisés six semaines dans le plâtre ne peuvent récupérer tous leurs mouvements après six mois de soins consécutifs ?

CARNET DU PRATICIEN

Métrorragies

Seigle ergoté pulvérisé	1 gr. 80
Poudre de cannelle composée	0 gr. 60
Sucre porphyrisé	1 gr. 80.

Faire dix paquets, un toutes les deux heures.

(Ryan.)

ou :

Ergotine	0 gr. 10
Poudre de sang-dragon	0 gr. 10

pour une pilule. De 4 à 6 pilules.

(A. Robin).

ou :

Ergotine	5 gr.
Acide gallique	0 gr. 50
Sirop de térébenthine	30 gr.
Eau de tilleul	120 gr.

De quatre à six cuillerées par jour.

(A. Robin).

ou mieux :

Fandorine, de 10 à 20 comprimés par jour, à raison de 2 comprimés toutes les heures. Continuer jusqu'à guérison complète.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 38.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Aureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. Zante.

VARIÉTÉS

Les Saludaores et la Rage

On désigne en Andalousie, sons le nom de saludaor, un homme qui, étant né en état de grâce, guérit, avec sou secours, la maladie terrible appelée rage ou hydrophobie.

On ne s'improvise pas « Saludaor ». Il faut être prédestiné et présenter les particularités suivantes : 1° Appartenir au sexe masculin ; 2° s'appeler Jean ; 3° être venu an monde par les pieds ; 4° être né un vendredi saint ; 5° être le septième des enfants mâles ; 6° avoir une croix dessinée dans le palais buccal ; 7° avoir traversé trois fois le golfe du Lion.

S'appeler Jean implique, évidemment, un état de grâce, puisque c'est dans la nuit de saint Jean que s'opèrent les guérisons de hernie et qu'ou se sert du pantalon d'un « Jean » pour activer, en boulangerie, les fermentations tardives.

Il n'y a qu'à placer ce pantalon au-dessus des oripeaux qui couvrent la farine pour favoriser la multiplication des saccharomycètes !

Mais avoir une croix dans le palais buccal ! Voilà qui ne présente rien de particulier. Nous avons tous une croix à notre palais, dessin qui ue représente autre chose que la suture des apophyses palatines du maxillaire supérieur et des lames horizontales des os palatins.

Quant à avoir traversé truis fois le golfe du Lion, voilà une particularité que ne présentent certainement pas beaucoup de « Saludaores ». Rudes paysans, qui vivent en parasites sur un morceau de terre qu'ils cultivent mal, les « Saludaores » n'ont pas servi dans la marine.

Cela dit, supposons qu'un individu ait été mordu par un chien ou un autre animal enragé ou soupçonné de l'être. Avant de faire appeler le médecin, on a recours au Saludaor, qui lèche la plaie, après avoir *salué* un verre d'eau. Le salut consiste à faire, à diverses reprises, le signe de la croix puis à prononcer certaines paroles cabalistiques et à lancer, enfiu, l'eau sur la plaie !

Pour finir, voici deux formules poétiques, qui doivent être prononcées par des personnes en état de grâce. La première s'adresse *aux adénites torpides* :

Seca, Secate
Por la Santa Emperatriz,
Donde tienes la cabeza
Se te seque la raiz.
Sèche, sèche-toi
Au nom de la Sainte-Impératrice,
Que là où tu as la tête
Se sèche ta racine.

Cela u'a ni tête ni queue !

Seconde formule, spécifique de l'abcès épileptique : doit être murmurée à l'oreille du patient :

Eu el nombre de la Santissima Trinidad,
Padre, Hijo y Espiritu Santo,
Y en el de los Tres Reyes Magos,
Melchior, Gaspar y Baltasar,
Que se te quite el mal.
Au nom de la Très Sainte-Trinité,
Père, Fils et Saint-Esprit,
Et au nom des Trois Rois Mages,
Melchior, Gaspard et Baltasar,
Que le mal s'en aille.

Miguel GUIRAO GEA.

ÉCHOS

Pour l'hygiène du logement.

Le *Moniteur officiel de l'Empire* d'Allemagne vient de publier nu projet de loi sur les habitations, qui présente plusieurs dispositions intéressantes. La nouvelle loi concède à la police le droit et même, dans les agglomérations urbaines, l'obligation de régler les conditions du logement, d'empêcher par des prescriptious précises, la promiscuité d'habitations et d'imposer aux constructeurs d'édifices destinés anx onvriers, un minimum d'exigences.

Une commission de surveillance sera établie dans chaque ville de plus de 5.000 habitants et aura le droit de pénétrer dans tons les logements habités.

La police est autorisée à agir dès maintenant dans le sens indiqué par la loi avant même sa ratification par le Parlement et sa promulgation.

Pour assurer la propreté du pain.

M. Herriot, maire de Lyon, sénateur du Rhône, vient de prendre un arrêté aux termes duquel le pain transporté par tout autre moyen que dans une voiture fermée devra être complètement enveloppé et recouvert par une toile imperméable.

Combien il serait à souhaiter de voir preudre à Paris un pareil arrêté. Nulle part, il ne serait plus utile. Ainsi, eu effet, notre pain quotidien serait enfin protégé contre le salissement par les poussières qui flottent en abondance dans l'atmosphère aux heures où s'effectue habituellement son transport et qui sont justement aussi celles où le balayage sévit avec la plus grande intensité.

Responsabilité médicale.

En 1905, une employée des postes, âgée de vingt ans, dont les joues et le mentou étaieut converts de barbe, recourut aux soins du docteur Delherm, médecin-électricieu, pour se débarrasser de cet apanage masculin. Le praticien soumit sa cliente à douze séauces d'application de rayons X à la snite desquelles la jeune fille eut un collier cicatriciel. Elle assigna le docteur Delherm devant le Tribunal de la Seine eu 20.000 francs de dommages-intérêts.

Un jugement de la première Chambre la débouta de sa demande. Appel fut fait de ce jugement et, ces jours derniers, la Cour a rendu l'arrêt que nous résnmons ci-dessous :

Après avoir rendn hommage à la valeur professionnelle du docteur Delherm, après avoir proclamé qn'il n'avait pas commis de faute de technique, elle a décidé qn'il y avait lieu d'établir une distinction entre les opérations « curatives » et les opérations « esthétiques ». S'il est vrai, a-t-elle dit, que dans nn cas nrgent le chirurgieu doit opérer, il n'en est pas de même lorsque l'intervention chirurgicale n'est pas d'une nécessité absolue immédiate. Dans ce cas, en effet, le médecin doit avertir son client des dangers de l'intervention ; il lui faut obtenir son autorisation après explications et il lni incombe d'apporter la preuve que cette antorisation lni a été accordée.

En conséquence, la Cour a accordé 5.000 francs de dommages-intérêts à la jeune postière.

Equivalences.

On sait que les équivalences ont été admises entre différents diplômes étrangers et celui du baccalauréat. C'est le premier bureau de l'Euseignement supérieur, rue de Grenelle, qui délivre ces certificats d'équivalence.

Il y a quelques mois, un jeune Egyptien entra un matin au premier bnreau. Il présenta une recommandation d'un gros parlementaire et une pièce rédigée en turc. Ce document était fort beau. Il était illnstré de nombrenx croissants et les caractères islamiques y décrivaient en tous sens les plus charmantes arabesques. L'adolescent levantin expliqua que c'était nn diplôme délivré par l'Université dn Caire à ses meilleurs élèves. On lui dit qu'on le ferait traduire. Il objecta qu'il n'avait pas le temps d'attendre et qu'il lui fallait le certificat d'équivalence pour trouver tont de suite une situation.

La recommandation du parlementaire influent paraissant nne garantie suffisante, on remit à l'Egyptien la pièce qu'il demandait.

A qnelqnes jours de là, on fit traduire le document turc.

C'était un permis de chasse.

— Et même il est périmé, précisa le traducteur dans le rapport qu'il fit au chef du premier bureau.

A superposer à cette singulière eqnivalence un titre que s'octroya, rapporte la *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, un jeune médecin, à la suite de circonstances peu banales.

On raconte qu'après un grand nombre de manquements à la discipline un élève du Val-de-Grâce fut mandé par son directeur qui lui fit connaître qu'à partir de telle date il devait quitter cet établissement.

Après qnelqnes objections respectueuses, l'élève dut se soumettre et, en le quittant, le directeur le prévint qu'il allait lui euvoyer une lettre officielle lui signifiant qu'il était licencié du Val-de-Grâce.

Quelques jours après, les cartes de visite du jeune stagiaire étaient ainsi libellées :

Docteur X.....
Liciencié dn Val-de-Grâce.

A NOS ABONNÉS

Nous offrons à nos abonnés les colonnes de la *Gazette Médicale de Paris* et serons heureux de faire paraitre toute annonce relative à la vente ou à la cession de leur clientèle.

Il est bien entendu que nous mettrons en rapport avec le titulaire de l'annonce ceux de nos confrères qu'elle aura intéressés.

Les abonnés ont droit à deux insertions gratuites.

POUR LES NON ABONNÉS

L'insertion sera taxée à 0 fr. 25 le mot

OFFRES ET DEMANDES

Joindre à chaque lettre un timbre pour transmission.
Il n'est donné de réponses que par lettres.

523. — Est. **Seul médecin**, on fait la pharmacie. Recettes 10.000, une bicyclette suffit ; fixes administratifs 1.500. Loyer 400. Prix 5.000. Clientèle susceptible d'angmentation avec auto.

524. — Seine-et-Oise. Localité agréable, 1/2 heure de Paris, **seul médecin**, recettes 9.500. On est médecin dn chemin de fer, loyer 800. Prix 7.000.

528. — Sud-Est. **Clientèle sérieuse**, recettes 11.000, loyer 500, maison, jardin, tout près d'une grande ville un antre confrère dans la localité, situation à développer. Prix à débattre.

530. — Côtes-du-Nord. A céder pour raisons de santé, **clientèle bien assise**, recettes 12.000, on est médecin du chemiu de fer. Pays très agréable : pêche, chasse ; situation très avantageuse, susceptible d'augmentation.

531. — Loiret. **Seul médecin, on fait la pharmacie** ; 9.000 francs, fixe 1.500 francs, un vélo suffit, loyer 350 francs, maison eutière, indemnité pen élevée.

544. — Docteur sérieux, 36 ans, ayant grande habitude de la clieutèle, connaissant la chirurgie d'urgence, accepterait offre d'association sérieuse. Ecrire an journal.

547. — **Dame** distinguée désirerait emploi sérieux dans clinique, situation de secrétaire chez docteur on chirurgien-dentiste, apte à faire recherches bibliographiques ou travaux de rédaction. Ecrire A. C. M., au Journal.

548. — **Médecin militaire** ayant démissionné, s'intéresserait à toute affaire para-médicale sérieuse.

549. — **Interne des hôpitaux** désire connaitre confrère âgé ayant belle clientèle, qui le preudrait comme assistant deux ans au moins et lui céderait ensuite. Discrétiou assurée. Ecrire au journal.

550. — On demande un confrère **Docteur ès-sciences** pour faire une série d'articles bien rémnnérés.

551. — Pharmacieu spécialiste désirerait connaitre nn **Docteur** eu médecine qni visiterait ses confrères à Paris pour spécialité sérieuse.

MAISONS RECOMMANDÉES

CHATEL-GUYON **Hôtel des Nations.** Recommandé par le T.C.F. A.C.F. Pension de famille et de régime. Chambres hygiéniques. Vaste jardin. Electricité. Téléphone. Omnibus en gare. Pension à 7 fr. Situation exceptionnelle. A. Sahut, propriétaire.

PARIS Villa Victoria, Pension de famille, fondée en 1895, maison de 1er ordre dans quartier tranquille, à proximité du Bois de Boulogne et près du Centre. Confort moderne, électricité, salle de bains, chauffage, Cuisine très soignée. Prix modérés. — **E. THUMERELLE** Propriétaire, 11, rue Denis-Poisson, Paris (XVIIe).

VEVEY (Suisse), altit. 500m. Parc hôtel Mooser, situation la plus belle sur le lac de Genève, séjour pour cure d'air, grand parc et jardins. Recommandé par Messieurs les Médecins.

DAX. — Grand Hôtel des Thermes.

NICE. — Terminus Hôtel.

NICE. — Hôtel de Berne.

NICE. — Hôtel Ruubion et de Suède.

AVIS

M. le Dr **Thiéry** est vendeur de son établissement **hydrominéral**, sis à **Contrexéville** (Vosges) et connu sous le nom de « **Source du Docteur Thiéry** ».

Pour tous renseignements : s'adresser soit à lui-même, soit à M. J. Kirche, 3, rue du Faubourg Saint-Jean, Nancy (M.-et-M.) ; soit à Me **Gerard**, notaire à **Vittel** (Vosges).

Une notice détaillée est envoyée sur demande.

84e Année (Série XIIIe) — N° 185 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 12 Février 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 12 Février 1913

A nos Collaborateurs.

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la *Gazette Médicale de Paris*, sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs, mettra, désormais, à leur disposition un tirage à part à 50 exemplaires, de leurs articles inédits qu'elle aura publiés.

ÉCHOS

Les dentistes et l'anesthésie.

Deux chirurgiens étaient poursnivis ponr exercice illégal de la médecine.

Il s'agissait de savoir s'ils ont le droit de pratiquer l'anesthésie générale aussi bien que l'anesthésie locale.

Le tribnnal a répondn en ces termes :

« Attendu qu'il est certain que les chirurgiens dentistes diplômés sous le régime postérieur à la loi du 30 novembre 1892, ayant anssi fait des études spéciales appropriées à la pratique délicate de la chirurgie, ont la faculté d'employer l'anesthésie pour leurs opérations sans l'assistance obligatoire d'un docteur et que la loi ne fait pas de distinction à cet égard entre l'anesthésie locale et l'anesthésie générale, mais que bien entendu cette faculté leur impose en retour des devoirs étroits de prndence dont ils ne sauraient se départir. »

En conséquence, les denx dentistes ont été acquittés.

Un monument à Paracelse.

Au pied de l'Etzel-Kulm, montagne suisse au nord d'Einsieden, à deux pas du Pont-du-Diable, jeté sur le Hihl, naquit en 1493 le célèbre Dr Théophraste Bompaste, plus connu sous le nom de Paracelse.

On projette de lui élever un monument dans le bourg même.

L'ouvrier victime d'un accident du travail doit accepter l'examen du médecin du patron.

L'ouvrier victime d'un accident du travail qui refuse de se laisser examiner par le médecin choisi par le patron peut se voir privé de l'indemnité journalière.

Ainsi vient d'en décider la Chambre des requêtes de la Cour de Cassation.

Le médecin d'un patron proposa un rendez-vous au médecin d'un ouvrier pour examiner celui-ci. Le second praticien n'accepta pas l'heure fixée et l'ouvrier refusa alors de se prêter à la visite du médecin du patron en l'absence dn sien.

Le juge de paix suspendit alors l'indemnité journalière allouée à l'ouvrier et la Cour de Cassation a confirmé cette décision.

L'ouvrier est donc la victime de la querelle des deux médecins !

AVIS

M. le **Docteur Thiéry** mettra en vente le mercredi 9 avril prochain, en l'étude de Me **Gerard**, notaire à **Vittel** (Vosges) son Etablissement Hydrominéral sis à **Contrexéville** (Vosges) et connu sous le nom de **" Source du Docteur Thiéry "**.

Pour tous renseignements, s'adresser soit à lui-même, soit à **M. J. Kirche**, 3, rue du Faubourg Saint-Jean, à Nancy (M.-et-M.), soit à Me Gérard.

Une notice détaillée est envoyée sur demande.

On recherche une Vénus de Milo
EN CHAIR ET EN OS ?...

Il y a quelques jours, une grande nouvelle nous parvint d'Amérique : on avait découvert, parmi les élèves de l'Université de Cornill (Etats-Unis), une jeune fille, Mlle Elsie Scheel, dont les proportions étaient identiques à celles de la Vénus de Milo. Là-dessus, les journalistes américains interrogèrent des peintres, des médecins et des sculpteurs. Des préférences personnelles se manifestèrent dans le choix de la forme des lèvres de la couleur des cheveux, de la courbe du nez. Mais il n'y eut qu'une voix parmi ces compétences pour s'écrier : « Si Mlle Elsie Scheel, dont la hauteur (1 mètre 6255) est déjà idéale, a les membres proportionnés comme ceux de la Vénus de Milo, elle représente la perfection de la beauté féminine. »

On reprit alors le centimètre et l'on mesura à nouveau Mlle Elsie Scheel. Des experts découvrirent quelques différences peu sensibles qui ne détruisaient pas ce qu'avait d'impressionnant et de rare cette ressemblance avec « La Silhouette »... La nouvelle franchit les océans.

Elle arriva en Angleterre. L'agitation qu'elle y provoqua fut très grande. Les deux peuples parlent la même langue, ils ont le même amour de la perfection physique et des sports : ils ne peuvent pas se sentir. Une jeune fille américaine, la plus belle du monde ! Irlandaises, Ecossaises et Anglaises prirent le petit ruban divisé en pouces, en pieds et en yards.

Miss Marjorie Watson de Southfieds, mesurée par Mrs Porter Hailey, le peintre bien connu, put bientôt affirmer, preuves en mains, qu'elle ressemblait à la Vénus beaucoup davantage encore que Miss Scheel. On s'extasia. Mais les réponses à l'enquête instituée par le *Daily Mirror* arrivaient tous les jours plus nombreuses, et voilà qu'une Mlle X..., une mystérieuse miss de la plus haute société, dit-on, et qui tient à conserver l'anonymat, dont la famille est une des plus illustres de l'Ecosse, qui, très belle déjà de naissance, a pris depuis sa plus tendre jeunesse les plus grandes peines pour développer l'harmonie de son corps, apporte des chiffres étonnants.

La hauteur idéale pour une femme étant de 1 m. 6255, les mesures de la Vénus de Milo, réduite à cette taille normale, seraient les suivantes.

Tête, 0 m. 541 ; cou 0 m. 3174 ; poitrine 0 m. 8382 ; buste 0 m. 9398 ; taille, 0 m. 6604 ; hanches, 0 m. 9685 ; cuisse, 0 m. 5714 ; 0 mollet, 0 m. 3353 ; genou, 0 m. 3810 ; bras 0 m. 3174 ; avant-bras, 0 m. 2413 ; poignet, 0 m. 1498. Ces trois derniers chiffres, naturellement sont le résultat de scientifiques et d'artistiques déductions Car nul n'ignore que la Vénus de Milo, plus parfaite que toutes les femmes, est plus imparfaite aussi que toutes en ce qu'elle n'a pas de bras.

Quant aux mesures de Miss X..., c'est bien simple ; ce sont les mêmes. Le mollet a 12,7 millimètres de plus, la cheville 13,4. Et c'est tout.

Voilà. Et les femmes françaises ? Elles ont toujours eu la réputation d'être les plus jolies du monde. Ne s'en trouvera-t-il pas une seule plus parfaite encore que Miss K... ? Nous accueillerons avec plaisir réponses et mesures. Et nous ne doutons pas que, si elles y mettent un peu de bonne volonté, les Parisiennes puissent régler le différend anglo-américain à l'avantage de la France — A. JOANNET.

Malades, Téléphone et Médecins

Une curieuse innovation vient d'être réalisée à Vienne, où elle donne, parait-il, d'excellents résultats.

Son but est d'assurer aux malades les soins médicaux dans les délais les plus rapprochés possible.

Voici comment elle fonctionne :

L'administration autrichienne a recueilli les adhésions d'un certain nombre de docteurs-médecins abonnés au téléphone qui, lorsqu'ils doivent s'absenter, sonnent le « bureau central téléphonique médical » et lui disent la durée approximative de leur absence, le lieu où on peut les trouver et, le cas échéant, le nom de leur remplaçant.

Si votre docteur, adhérent au central médical, est absent, vous le déclarez à la téléphoniste. Toutes communications cessantes elle a ordre de vous passer d'urgence le central médical. Celui-ci vous renseigne sur l'heure de rentrée du docteur demandé ; il lui fera part de votre appel dès son retour et, si vous le désirez, fera attendre dès son retour une automobile où il sait exactement qu'il se trouve pour le conduire chez vous. Ceux qui n'ont pas de docteur attitré s'adressent au central médical directement. Un tour rigoureusement établi sur la liste des adhérents leur assure l'envoi immédiat d'un médecin.

Cette combinaison, que l'administration autrichienne a mise à l'essai l'été dernier, et qui est définitive depuis le 1er janvier, rend de grands services à la population viennoise. Elle équivaut à l'organisation d'un service public permanent, puisque les docteurs-médecins adhérents au poste central, prennent l'engagement de se tenir à la disposition du client à toute heure de jour et de nuit.

Une Grève générale de Pharmaciens

Toutes les pharmacies et drogueries de la République Argentine sont fermées. Cette décision vient d'être adoptée, nous apprend un télégramme de Buenos-Ayres, à la suite de l'intransigeance du gouvernement, qui veut appliquer sans modifications une nouvelle loi frappant d'un impôt les spécifiques et les parfums que les intéressés considèrent comme trop onéreux.

Tous les coiffeurs et d'autres commerçants en grand nombre ont adhéré à ce mouvement et ont décidé de ne pas vendre de parfums.

Les autorités sanitaires ont pris les mesures nécessaires pour assurer la distribution des médicaments.

L'HOMME EN OR

Tout récemment était de passage à Washington un certain William Peters, riche négociant en bois, qui réside habituellement au Canada, et se trouve, rapporte le *World*, de New-York, être bel et bien l'unique possesseur au monde d'un squelette d'or.

Il y a quelques années, pour sauver un ami, Peters, sautant dans le Saint-Laurent, se brisa tous les os. A l'hôpital, on ne vit qu'un remède possible, et l'opération chirurgicale fut merveilleuse : aux os émiettés furent substitués des analogues en or, les reproduisant rigoureusement ; les os moins abîmés furent consolidés avec des fils et des bandelettes d'or. Enfin, le sommet de la calotte cranienne elle-même, sur un diamètre de plusieurs centimètres, fut remplacé par une plaque d'or fin, tant et si bien que cet homme, du crâne à la plante des pieds, est littéralement en or.

Cela vaut toujours mieux que d'avoir les pieds nickelés.

Un curieux cas de désharmonie dans les Mœurs du canard sauvage

Ce cas est cité par M. J. Huxley. Le canard sauvage (*Anas boschas*) est monogame. Le mâle ne prend, d'habitude, aucun soin de la progéniture, mais semble cependant manifester un certain attachement à la femelle. Durant la période d'incubation, souvent il se tient à proximité d'elle. Mais voici où apparaît la désharmonie : toutes les fois que la femelle quitte les œufs pour aller un peu à l'eau, son mâle et plusieurs autres du voisinage, se mettent à sa poursuite. L'instinct sexuel du mâle n'est donc pas aboli pendant qu'a lieu l'incubation. Aussi longtemps que la femelle reste sur ses œufs, il ne peut être satisfait, la copulation se faisant dans l'eau. Mais dès que la femelle se lève, elle est poursuivie par une bande de mâles et il n'est pas rare que, épuisée par des accouplements successifs, elle n'a plus la force de se maintenir à la surface de l'eau et se noie. Il parait que, tous les ans, 7 à 10 pour 100 de femelles périssent de cette façon.

Mois de l'année et Maladies

Un savant américain, le Dr Arbuthnot, vient d'employer ses loisirs à établir une curieuse statistique sur les rapports existants entre les divers mois de l'année et l'apparition des diverses maladies.

Le résultat de ses intéressantes recherches, qui ne laissent pas, du reste, de comporter un enseignement pratique, se résume dans le tableau suivant :

ÉPOQUE D'APPARITION POUR CHAQUE MALADIE

Fièvre typhoïde. — Août, *septembre*, octobre, novembre.

Malaria. — Juillet, août, *septembre*, octobre novembre.

Rougeole. — Janvier, février, *mars*, avril, mai, juin

Scarlatine. — Janvier, *février*, mars, avril, mai, juin.

Coqueluche. — Mars. avril, mai, juillet, *août*.

Diphtérie. — Janvier, février, octobre, *novembre*, décembre.

Influenza. — Janvier, février, *mars*, avril, décembre.

Tuberculose des poumons. — Janvier, février, *mars*, avril, mai.

Bronchite. — Janvier, *février*, mars, avril, novembre, décembre.

Pneumonie. — Janvier, février, *mars*, avril, novembre, décembre.

Diarrhée. — Juillet, *août*, septembre.

Suicide. — *Mars*.

Pour l'ensemble des maladies. — Janvier, février, *mars*, avril, juillet, août, décembre.

ÉPOQUE D'APPARITION DES MALADIES D'APRÈS LE MOIS

Janvier. — Un peu toutes les maladies.

Février. — Rougeole, *scarlatine*, diphtérie, *bronchite*.

Mars. — *Rougeole, influenza, tuberculose pulmonaire*, bronchite, pneumonie, suicide.

Avril. — Rougeole, scarlatine, *autres formes de tuberculose*.

Mai. — Rougeole, scarlatine, coqueluche, tuberculose, suicide.

Juin. — Idem.

Juillet. — Malaria, diarrhée, *morts violentes*, suicides.

Août. — Typhoïde, *coqueluche, méningite, diarrhée et entérite*, morts violentes.

Septembre. — *Fièvre typhoïde, malaria*, méningite, diarrhée.

Octobre. — Typhoïde, malaria, diphtérie, diarrhée.

Novembre. — Typhoïde, malaria, *diphtérie* et *croup*, bronchite et affections pulmonaires.

Décembre. — Diphtérie, influenza, bronchite et affections pulmonaires, morts violentes.

Éducation et Rééducation des Centres Auditifs

Par M. le Docteur MARAGE,
Professeur chargé de cours à la Sorbonne

J'ai indiqué précédemment comment chez les sourds et les sourds-muets, on pouvait développer et mesurer l'acuité auditive au moyen des vibrations fondamentales des voyelles synthétiques.

Dans beaucoup de cas, c'est une véritable éducation de l'oreille, et le malade apprend à entendre en entendant d'abord des vibrations très simples, absolument comme l'enfant apprend à lire en débutant par l'alphabet.

Les vibrations que j'emploie ont une durée, une hauteur et une intensité variables, mais leur forme, ou leur timbre, si l'on préfère, est constant, puisque je n'utilise que les vibrations nécessaires et suffisantes pour reproduire OU, O, A, É, I.

Les vibrations de la parole sont beaucoup plus complexes parce que, en dehors des consonnes, qui sont des bruits supralaryngiens commençant ou finissant les voyelles, nous avons les voyelles elles-mêmes; à chacune d'elles, se surajoutent le timbre particulier de chaque voix et les malformations dues à une prononciation défectueuse.

Il était donc indiqué, après avoir fait l'éducation de l'oreille pour des vibrations très simples, de faire ensuite son éducation pour des vibrations plus complexes, de manière à se rapprocher le plus possible de la voix naturelle ; en d'autres termes, il fallait faire varier le timbre.

J'ai obtenu ce résultat de la façon suivante : les vibrations de la sirène, avant d'arriver au tympan, sont obligées de traverser un des moulages de la cavité buccale prononçant les différentes voyelles ; le timbre, au lieu d'être constant, change avec la note sur laquelle la voyelle est émise et il devient d'autant plus complexe que cette note est plus grave.

Fig. 1.

Les photographies ci-contre montrent bien le phénomène ; si la sirène A fonctionne seule, on a le tracé de la figure 1 dont la forme reste toujours la même ; l'intensité

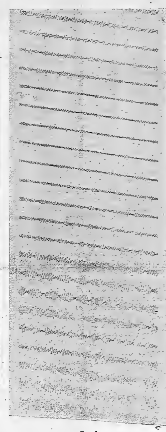


Fig. 2.

seule augmente, puisqu'à la fin elle est 25 fois plus grande qu'au début ; si, sur le trajet des vibrations, on place le moulage de la bouche prononçant O (note fondamentale de la bouche : sol 3) le tracé primitif de la figure 1 est complètement transformé. Il varie à chaque note et est d'autant plus complexe que la note est plus grave (*fig.* 2).

On obtient des tracés analogues en remplaçant le moulage précédent par celui de OU (note buccale : si 2). Quel que soit le moulage, on entend toujours un A, mais c'est un A plus ou moins modifié ; c'est ce qui se produit chez les chanteurs qui ont une diction défectueuse. On voit donc qu'avec ce procédé, on peut faire varier à volonté les quatre qualités du son : la durée, la hauteur, l'intensité et le timbre ; ce que je viens de dire pour A est vrai pour les autres voyelles.

J'ajoute que ces vibrations, comme il était facile de le prévoir, ne fatiguent jamais l'oreille ; elles servent d'intermédiaire entre les vibrations fondamentales des voyelles synthétiques et les vibrations de la voix naturelle, de telle sorte que les centres auditifs qui ont été réveillés par elle comprennent beaucoup plus vite et beaucoup plus facilement les vibrations complexes d'une conversation ordinaire.

Conclusions. — 1° Quand on veut faire l'éducation chez les sourds-muets, ou la rééducation chez les sourds de l'oreille et des centres auditifs, il faut employer les vibrations que l'oreille est destinée normalement à entendre, c'est-à-dire des vibrations aériennes et non des vibrations métalliques.

2° On ne doit employer que des vibrations bien connues, dont le tracé a été pris par la photographie.

3° On doit débuter par des vibrations très simples de timbre constant représentant les vibrations fondamentales des voyelles.

4° Ensuite on emploie des vibrations plus complexes, de timbre variable, analogues à celles que l'on rencontre dans la parole naturelle.

5° On doit toujours pouvoir faire varier l'intensité des vibrations employées, de manière, chaque semaine, à mesurer exactement les progrès de l'acuité auditive.

Valeur théorique et valeur pratique du PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL dans le traitement de la Tuberculose pulmonaire

Par le Docteur Louis RÉNON
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Necker

Depuis quelques années, la méthode de Forlanini a pris une extension considérable dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. J'ai pu récemment recueillir plus de 255 publications sur le sujet dans la littérature médicale française et étrangère (1). L'attention des phtisiothérapeutes est attirée d'autant plus fortement de ce côté que la thérapeutique dite spécifique de la tuberculose semble ne plus faire de progrès et stagne actuellement sur place (2). C'est cette sorte d'impuissance de la thérapeutique antituberculeuse qui tourne les efforts des médecins et les espoirs des malades vers ce nouveau mode de traitement.

Le pneumothorax thérapeutique mérite-t-il toute la faveur dont il est aujourd'hui l'objet ? Doit-il prendre réellement et sérieusement place parmi les médications antituberculeuses actuelles ? Ce sont deux points importants de pratique médicale qu'il convient d'élucider.

Le pneumothorax artificiel a une *valeur théorique* considérable. Le principe en est très séduisant et justifie son application thérapeutique. Par contre, la valeur pratique de la méthode est beaucoup moindre. Cette appréciation résulte de l'examen de tous les travaux publiés et de mon expérience personnelle.

(1) Dans le n° du 30 novembre 1912 du *Internationales Centralblatt fei die gesamte Tuberkulose-Forschung*, on trouve l'indication bibliographique de 233 travaux sur le Pneumothorax thérapeutique.

(2) Louis Rénon, valeur actuelle de la thérapeutique antituberculeuse, *Académie de Médecine*, 21 mai 1912.

Il convient d'abord de faire remarquer quel le pneumothorax artificiel n'a pas la prétention d'être une médication spécifique de la tuberculose pulmonaire. Il n'a aucune action directe sur le bacille tuberculeux et il n'empêche nullement d'autres foyers uberculeux d'évoluer pendant le traitement. C'est essentiellement une thérapeutique locale et non une thérapeutique générale de la tuberculose.

La *théorie* qui conduit à la conception et à la réalisation du pneumothorax artificiel est basée sur les observations cliniques et sur les lois de la thérapeutique générale.

Les cliniciens français, tels que Woillez, Behier, Hérard, etc., ont montré, au siècle dernier, l'effet bienfaisant, « providentiel» même pour quelques-uns, de l'apparition d'un pneumothorax spontané sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire, quand le pneumothorax est aseptique et stérile. Tous les cliniciens actuels ont observé des faits semblables.

En pathologie générale, on connaît la grande valeur curative de l'immobilisation d'un organe lésé, et cette immobilisation a une action encore plus grande dans la tuberculose. Pratiquement, l'immobilisation est classique dans les tuberculoses chirurgicales osseuses et articulaires, où son effet thérapeutique est des plus remarquables. Pourquoi le poumon échapperait-il à cette loi générale? Immobilisé, il doit mieux se défendre contre la tuberculose et en réalité il se défend mieux. D'ailleurs, comme Forlanini l'a montré, on peut voir, dans une poussée terminale de granulie, le poumon comprimé par le pneumothorax rester indemne de tubercules miliaires, ceux-ci se développant à l'excès dans le poumon non comprimé. Piéry rapproche avec raison ce fait de ceux où le poumon comprimé par un épanchement pleural reste indemne au cours d'une granulie, tandis que le poumon opposé est criblé de tubercules.

La compression artificielle du poumon a pour effet de vider par les bronches les foyers et les clapiers purulents et de supprimer les cavités infectées ; il se produit là comme un vrai drainage chirurgical. Elle permet aussi la cicatrisation des cavernes par accolement de leurs parois.

La compression du poumon crée des modifications dans la circulation sanguine et lymphatique de l'organe, se traduisant par une diminution de ces deux circulations, ce qui a un bon effet général et local sur le foyer tuberculeux.

Théoriquement, il n'y a pas à redouter que la suppression fonctionnelle d'un poumon puisse provoquer de l'asphyxie et de la dyspnée, gêner les échanges respiratoires et nuire à l'oxygénation des tissus. Les expériences de Léon Bernard, le Play et Mantoux sont très rassurantes à cet égard. Ces auteurs ont vu que le poumon, comme beaucoup d'autres organes, a une capacité fonctionnelle très supérieure à ses besoins. La capacité fonctionnelle minima, compatible avec la vie, est d'un sixième du volume pulmonaire total. D'ailleurs, comme le dit Piéry, le poumon, longtemps comprimé par un pneumothorax artificiel, récupère en grande partie sa fonction respiratoire à la fin du traitement, et, pour Forlanini, les parties devenues saines peuvent reprendre leur fonctionnement normal.

La compression de la partie malade n'est pas livrée au hasard en utilisant la radioscopie et la radiographie. Comme l'ont précisé Rist et Maingot, l'examen radioscopique est indispensable pour décider de la possibilité du pneumothorax artificiel, pour surveiller les réinsufflations, pour connaître l'état du moignon pulmonaire, l'état d'allongement ou de rupture des adhérences quand il en existe, pour décider de l'intensité de la compression. Le traitement se trouve réglé de la manière la plus minutieuse et l'on sait exactement ce que l'on fait.

Enfin, avec l'appareil français de Kuss, très nettement supérieur aux autres appareils, on ne court plus le risque d'insufler le gaz aveuglément. On voit, quand on a pénétré dans la cavité pleurale, le malade aspirer lui-même le gaz compressif ; on mesure exactement, pendant l'opération, toutes les pressions indispensables. Avec cet appareil, c'est d'une manière vraiment scientifique que se crée actuellement le pneumothorax artificiel.

Telle est la *théorie* de la méthode. En principe, c'est un excellent procédé thérapeutique d'une tuberculose pulmonaire envisagée comme une tuberculose locale.

* * *

Malheureusement, la *valeur pratique* du pneumothorax artificiel, encore que considérable, ne concorde pas avec sa valeur théorique pour les raisons que je vais exposer.

Le plus souvent, le traitement est impossible. Cette impossibilité résulte de la fréquence des adhérences pleurales complètes et irréductibles développées au cours de la tuberculose pulmonaire ou d'une tuberculose pleurale antérieure. On peut décoller avec le gaz des adhérences de date récente, et c'est pourquoi la présence d'adhérences partielles à l'examen radioscopique ne doit pas contrindiquer le traitement. Mais, si l'écran, par la recherche de la mobilité du diaphragme et l'examen clinique, par la recherche de l'étendue du déplacement respiratoire du bord inférieur du poumon, peuvent donner des présomptions sur l'étendue de la symphyse pleurale, ils ne permettent pas de déterminer son intensité. Il m'est arrivé de ne pouvoir décoller la plèvre, malgré toutes les apparences favorables. Pareil fait est arrivé à d'autres auteurs, ainsi qu'en témoignent les 19 tentatives infructueuses faites par Bertier et Delage sur un même malade.

D'autres fois, le poumon atteint de masses caséeuses denses et résistantes ne peut se laisser comprimer ou se comprime d'une manière insuffisante.

Enfin, il faut tenir grand compte des lésions du côté opposé. Si une lésion étendue du poumon de l'autre côté contrindique le traitement, une lésion de début ou une lésion très localisée permet de le tenter. Je suis sur ce point d'accord avec beaucoup d'autres auteurs, notamment avec Léon Bernard et Jaquerod.

Ces considérations réduisent notablement le nombre de malades capables de subir le pneumothorax artificiel. Léon Bernard, sur 532 malades d'hôpital, n'a trouvé que 13 cas justiciables de la méthode, et sur les 532 cas, 3 fois seulement, les insufflations ont été régulièrement faites. Dans mon service de l'hôpital Necker, j'ai observé le même déchet de cas non utilisables ; les cas étaient trop bilatéraux pour essayer le traitement. En 8 mois, je n'ai pu traiter que 3 malades. Cela tient sans doute aux conditions sociales spéciales du recrutement hospitalier, les pauvres phtisiques n'entrant à l'hôpital qu'à la dernière extrémité. Chez les malades de ville, j'ai pu conseiller l'intervention dans un plus grand nombre de cas.

C'est donc déjà une médication à indications restreintes. C'est de plus une médication malaisée dans la pratique médicale courante et qui n'a vraiment sa place que dans les hôpitaux, les sanatoria et les maisons de cure. Le malade doit être soumis à une série d'examens. Il doit être radioscopé ou radiographié à chaque nouvelle insufflation, précaution indispensable pour se rendre compte de l'état du poumon, de celui des adhérences, s'il en existe, pour voir si elles s'allongent et si elles permettent une compression meilleure dans une région plutôt que dans une autre. Il faut surveiller aussi les réactions humorales, à chaque insufflation, comme le demande Paul Courmont, en raison de l'action nocive d'une résorption passagère, mais rapide, d'une grande quantité de produits tuberculeux.

Il ne faut pas négliger non plus la possibilité des complications immédiates et tardives. L'embolie gazeuse, jugée la plus redoutée et la plus redoutable des complications immédiates, se trouve presque radicalement supprimée par l'emploi de l'appareil de Kuss qui ne permet de faire pénétrer, avec un peu d'attention, le gaz que dans la plèvre. Mais, on n'est jamais sûr d'éviter les complications tardives, et parmi celles-ci l'épanchement liquide, séreux ou purulent, fonction fréquente d'une tuberculose pleurale en évolution. Sans insister sur les autres complications (poussées évolutives du côté opposé, dilatation du cœur droit, etc.) dont il faut cependant tenir compte et qui, d'après la juste remarque de A. Weiss « assignent à la pneumothoraxthérapie d'assez étroites limites » (1), il faut dire que nous sommes encore mal fixés sur ses résultats éloignés.

La méthode a-t-elle à son actif des guérisons définitives ? Elle en a quelques-unes. Mais le nombre des malades réellement guéris est encore infime, si on le compare au nombre des malades traités. On a pu observer des récidives, ce qui n'a rien de surprenant, en raison de la non spécificité de cette thérapeutique. Enfin, d'après les expériences faites sur les chiens par Kaufmann, on peut craindre l'altération des parties saines du parenchyme pulmonaire par la compression (2).

Si les résultats éloignés de la méthode sont encore incertains et si ses indications sont difficiles à préciser dans les cas de début et chez les malades dont l'état se maintient en équilibre, il n'en est pas de même des résultats immédiats qui lui assurent, dans certains cas, une valeur pratique considérable. Depuis les travaux de Dumarest, tous les phtisiothérapeutes sont d'accord pour indiquer les modifications profondes et rapides qui succèdent souvent à son emploi. On note la chute de la température, la cessation des hémoptysies, la diminution, puis la suppression de l'expectoration. Dans les tuberculoses fébriles, dans les bacilloses à ramollissement progressif, dans les formes hémoptoiques graves, dans certaines tuberculoses caverneuses, quand le pneumothorax peut être pratiqué, l'*action d'arrêt est souvent des plus nettes* (3). On fait vivre des malades dont l'état était désespéré et dont l'affection avait résisté à toutes les médications antituberculeuses.

Gagner du temps, gagner quelques semaines, quelques mois, voire quelques années, tel est, à l'heure actuelle, le but réellement pratique du pneumothorax artificiel. Celui-ci doit prendre place, dans la phtisiothérapie, comme une thérapeutique provisoire, en attendant

---

(1) A. Weiss, Uber Komplicationen bei der Behandlung mit Künstlichen Pneumothorax, *Beitrage zur Klinik der Tuberkulose*, 1912, Bd XXIV, Heft 3, p. 334.

(2) Kaufmann, Uber die Veränderungen der Pleura und Lungen gesunder Hunde durch Künstlichen Pneumothorax, *Beitrage zur Klinik der Tuberkulose*, 1912, Bd. XXIII, Heft 1, p. 57.

(3) Louis Rénon, action d'arrêt du Pneumothorax artificiel sur l'évolution de quelques tuberculoses aiguës, *Second congrès espagnol international de la tuberculose de St-Sébastien*, septembre 1912, et *Journal des Praticiens*, 7 septembre 1912.

la déconverte du traitement vraiment spécifique de la tuberculose, et comme nne thérapeutique à indications restreintes. Malgré ces réserves, ainsi que le dit avec raison Jacquerod, « il n'est plus permis d'ignorer ou de négliger cet important mode de traitement » (1). Comme le pneumothorax artificiel n'a de valeur pratique que dans des cas déterminés, il importe, quand on doit décider le traitement, d'en peser cliniquement et radiologiquement, avec grand soin, les indications et les contre-indications, sans l'entreprendre à la légère, sous peine de graves mécomptes et d'accidents.

(1) Jaquerod, traitement de la tuberculose pulmonaire par le Pneumothorax artificiel; résultats cliniques. *Revue médicale de la Suisse normande*, 1912, n° 9.

REVUE CLINIQUE

Les réflexes d'Abrams et de Livierato

Par M le Dr DEISSIER de Bruxelles

Le *réflexe d'Abrams* se manifeste par la contraction active du cœur et notamment du ventricule gauche, à la suite d'une excitation sensitive de la région précordiale (il importe de ne recourir qu'à une percussion aussi légère, aussi superficielle, aussi peu prolongée que possible); on percnte ensuite légèrement avec le marteau, durant une minute, la zone de matité délimitée; on attend alors deux minutes, puis on trace la nouvelle zone de matité; on observe ainsi une diminution plus ou moins grande de cette zone.

Abrams a étudié le reflexe aux rayons X et a pu constater de visu la contraction du ventricule gauche.

Il a constaté aussi la production d'un réflexe pulmonaire se manifestant par une dilatation du poumon, dilatation dont le degré est variable selon l'importance de l'excitation et peut aller jusqu'à recouvrir la zone mate du cœur; on observe, de même, une réduction de la matité du foie et de celle de la rate. La durée de ce phénomène pulmonaire oscille entre quelques secondes et deux minutes; après deux minutes, le poumon a toujours repris son volume normal; or la rétraction cardiaque dure deux minutes au moins; on peut donc faire aisément abstraction de la cause d'erreur pulmonaire.

Au point de vue physiologique, le réflexe dépend d'une excitation sensitive de la région précordiale. Cette excitation est transmise au hulbe et spécialement aux noyaux des pneumogastriques : en effet, chez un individu qui a reçu 2 milligrammes d'atropine, le réflexe ne se produit pas; il est exacerbé, au contraire, par la pilocarpine; d'ailleurs, après le réflexe d'Abrams, on constate que le pouls est ralenti mais régularisé et que la tension augmente.

Le *réflexe de Livierato* se manifeste par la dilatation passive du cœur droit et notamment de l'oreillette droite à la suite d'une contraction réflexe des vaisseaux pulmonaires.

Pour le provoquer, on exécute sur le trajet de l'aorte abdominale, — entre l'ombilic et l'appendice scaphoïde, — une série de secousses rapides, profondes, répétées pendant une minute; on constate alors un élargissement plus ou moins notable de la matité droite du cœur; à l'écran radioscopique, la forme du cœur ne laisse aucun doute sur le fait de la dilatation de l'oreillette et du ventricule droits. Au point de vue physiologique, le réflexe s'explique par une excitation des nerfs sympathiques abdominaux, laquelle provoque une contraction de l'aorte; cela entraine probablement nne constriction des vaisseaux pulmonaires et une augmentation de la tension dans la petite circulation : selon le degré de toxicité du cœur droit, cette tension accrue agrandit plus ou moins le volume de celui-ci.

Chez un individu normal, le réflexe d'Abrams prodnit une réduction d'environ un quart de la zone de matité; le réflexe de Livierato, une augmentation vers la droite de quelques millimètres; cela est très net.

Merklen et Heitz signalent que le réflexe d'Abrams existe dans la plupart des maladies fonctionnelles et organiques du cœur, et notamment dans la neurasthénie cardiaque, la dilatation du cœur au cours des maladies aiguës, ou par hyposystolie on asystolie, mais ils n'attachent guère d'importance au degré de la contraction et cependant, sur les tracés qu'ils puhlient, il semble hien que ce réflexe d'Abrams soit moins prononcé dans ces cas pathologiques que dans les cas normaux.

Le Dr Etienne, de Nancy, admet qu'« un cœur est d'autant en meilleur état qu'il a mieux conservé son pouvoir de contraction et que son pouvoir de résistance à la dilatation est plus prononcé »; les cas qu'il relate paraissent tout à fait démonstratifs.

Enfin il y a lieu de signaler encore que le réflexe d'Abrams peut disparaître, soit d'une manière transitoire (grande dilatation cardiaque), soit d'une manière durable et absolue (péricardite avec épanchement, asystolie irréductible par sclérose diffuse du myocarde d'origine coronarienne, symphyse cardiaque compliquée de médiastinite).

La recherche simultanée des deux réflexes décrits apporte donc au clinicien un sérieux appoint, non seulement pour l'estimation de la valeur fonctionnelle du cœur, mais encore pour la précision du diagnostic. Cette double épreuve mérite d'être généralement recherchée et d'être jointe, vu sa grande valeur et sa facilité d'exécution, au faisceau des méthodes révélatrices des cardiopathies.

REVUE DE CHIRURGIE

Calcul stercoral du Côlon ascendant chez un lithiasique urinaire

Par MM. les Docteurs GAYET et ANCELIN

La radiographie rend tous les jours d'immenses services en décelant des calculs du rein et de l'uretère avec une précision, au point de vue de leur forme et de leur volume, qu'on n'aurait osé espérer il y a quelques années. Mais sous le rapport du siège exact du calcul, l'interprétation reste parfois délicate et des erreurs peuvent être commises par les spécialistes les plus expérimentés. Le cas présenté aujourd'hui est hien un des cas qui réunissent le maximum de difficultés et où il a fallu de multiples explorations et de larges interventions pour arriver à localiser et à extraire le corps étranger.

Observation. — L... Joseph, âgé de 33 ans, a un passé urinaire lourdement chargé et nous ne donnerons pas ici le détail de sa longue observation, qui sera publié ailleurs. Qu'il nous suffise de dire que depuis neuf ans, ce malade souffre d'accidents de lithiase urinaire qui lui ont valu toute une série d'interventions de la part de nombreux chirurgiens. Il a suhi des tailles hypogastriques, des tailles périnéales de multiples lithotrities; c'est, en somme, un pondeur de calcul invétéré. L'an dernier, il commença à se plaindre de douleurs dans le flanc droit et une radiographie faite à cette occasion montra à ce niveau, à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'ombre portée par l'épine iliaque postéro-supérieure, une ombre très nette, ovoïde, du volume d'une petite noix. M. le professeur Rochet, qui avait à ce moment le malade dans son service, décida d'explorer le rein et l'uretère de ce côté, et l'opéra le 28 décembre 1911, avec l'aide de M. Thévenot. Une incision parapéritonéale fut pratiquée et l'uretère droit examiné du haut en bas sans qu'on puisse trouver aucun calcul. En revanche, on perçut, au niveau de l'angle colique droit une masse stercorale de la grosseur d'une noix. On jugea que cette masse pouvait expliquer parfaitement l'image radiographique et on referma la plaie, qui guérit sans incident.

Quelques jours après, à l'occasion d'un purgatif, on déconvrit dans les matières des débris de concrétions phosphatiques et on put espérer que le calcul avait été éliminé spontanément.

Bientôt après, le malade présenta des symptômes nouveaux de calcul vésical et dut subir une nouvelle lithotritie. Il fut ensuite envoyé à l'hôpital de convalescence et ce ne fut qu'à son retour que M. Gayet fit faire une nouvelle radiographie par M. Arcelin. Le calcul était toujours là et, même, il avait considérablement augmenté. Une opération fut proposée au malade, qui ne l'accepta qu'après un certain délai employé à tenter sans succès les grands lavements et les purgations répétées.

Le 5 juillet 1912, en présence de MM. Rochet et Arcelin, l'opération fut pratiquée (M. Gayet). Incision sur le bord externe du grand droit, le côlon est attiré au dehors et on y sent parfaitement le corps étranger, Tandis que les doigts d'un aide assurent la coprostase, l'intestin est incisé sur la pierre et celle-ci est extraite. Suture de l'intestin à trois plans. Suture complète de la paroi abdominale sans drainage.

Suites très simples. A noter que le cæcum était entouré d'adhérences anciennes et que l'appendice n'existait plus qu'à l'état d'un moignon cicatriciel.

La pièce retirée a le volume d'nne grosse noix; sa surface est irrégulière, poreuse, de couleur jaunâtre. Coupé en deux suivant son grand axe, le calcul se montre composé d'une partie centrale, qui n'est autre qu'un noyau de fruit, probablement de cerise, très reconnaissable, et comme tout frais, avec son enveloppe ligneuse intacte et à l'intérieur sa pulpe hien conservée. Autour du noyau se sont déposées des couches successives de sel minéraux, dont l'analyse sera faite. Ces couches étant reconnaissables aux stries veinées, qui rappellent les veines d'une agate coupée et polie.

Le fait de ce calcul stercoral immobilisé dans le gros intestin d'un individu atteint de lithiase urinaire invétérée devait forcément faire errer le diagnostic et penser à un calcul du hassinet ou de l'uretère. Il m'a donc semhlé intéressant de vous le présenter.

On peut se demander pourquoi ce calcul n'a pas été éliminé avec les selles par les voies naturelles. Il faut admettre une coudure de l'angle droit, rendant le passage impossible à nne masse dure du volume d'une noix, sans qu'il y ait eu jamais obstruction pour les matières molles. L'existence d'adhérences autour dn cæcum et des vestiges d'une appendicite ancienne peut expliquer cette coudure (1).

(1) Société de chirurgie de Lyon.

REVUE D'UROLOGIE

10.183 calculs dans un rein. Néphrectomie lombaire. Guérison rapide.

Par M. le Docteur F. CATHELIN

J'étais jusqu'ici resté quelque peu sceptique sur le nombre incroyable de calculs rencontrés dans le rein et publiés par plusieurs auteurs américains.

Depuis plus de dix ans, je cherchais moi-même en vain un cas de ce genre où l'on a pu rencontrer plusieurs milliers de pierres.

L'attente a été longue, mais je crois que je n'ai rien perdu pour attendre, puisque le malade que j'ai pu opérer et guérir doit, à ma connaissance, tenir le record en fait de calculose urinaire.

Observation.

S. Auguste, âgé de 24 ans, célibataire, exerçant la profession de garçon de magasin, vient consulter à l'Hôpital d'Urologie le 4 mars 1912, envoyé par le Dr Achille Mathien, pour de la pyurie, accentnée surtout depuis 15 jours, quelques picotements douloureux dans le canal et de la fréquence mictionnelle (toutes les 1/2 heure le jour et tous les 1/4 d'heure la nuit).

Il n'a d'ailleurs jamais eu de maladies antérienres et en particulier n'a pas eu de gonorrhée. *Fait intéressant, il n'a jamais souffert des reins, il n'a jamais rendu de pierre, peut très bien aller en voiture et a même fait son service dans l'infanterie, en participant, sans fatigue, aux marches forcées.*

Le traitement par les instillations nitratées améliora beaucoup sa vessie, et il arriva même à n'uriner que toutes les 2 heures, quand, subitement et *pour la première fois*, il eut, vers le 1er mars 1912, *sa première hématurie*, qui fut légère d'ailleurs et ne dura que trois jours.

L'appareil génital était normal et les reins non sentis, mais nous jugeons bon de procéder aux explorations d'usage, ear la couleur pâle et « absinthique » des urines nous fit porter le diagnostic de tubereulose rénale.

Analyse des urines au 4 mars (M. Gauvin).

Urée..... 9 gr. 96 ‰ Chlorures.. 3 gr. 25 ‰

Analyse histologique (Dr Beauvy) :

Pus en abondance.

Pas de microbes (1).

Pas de baeilles de Koch.

Cystoscopie et cathétérisme urétéral :

Vessie de 100 gr. rouge et légêrement uleérée. Passage urétral difficile nécessitant le mandrin. L'urine recueillie dcs deux reins donna les résultats suivants (Gauvin) :

	R. D.	R. G.
1er échantillon		
Q	16 ce3	5 cc3
Urée	6 gr. 40 ‰	10 gr. 24 ‰
Chlorures	9 gr. 10 ‰	15 gr. 20 ‰
2e échantillon		
Q	8 ce3	5 cc3
Urée	6 gr. 40 ‰	11 gr. 52 ‰
Chlorures	9 gr. 50 ‰	16 gr. 10 ‰
3e échantilton		
Q	10 ce3	8 ec3
Urée	5 gr. 76 ‰	11 gr. 52 ‰
Chlorures	2 gr. 10 ‰	16 gr. 80 ‰

En présence de ces résultats, nous affirmons donc la déficienee considérable du RD (ce que la clinique ne permettait nullement de pressentir), et nous proposons l'intervention que le malade, conseillé d'ailleurs très justement par son distingué médecin, le Dr Achille Mathieu, aecepta.

Opération (24 mai 1912), avec l'aide du docteur Grandjean, chloroformisateur.

Incision reeto-eurviligne eourte. Ponetion du quadrilatère de Grynfelt. Rein thoracique. Enucléation rapide. On sent au cours de la subluxation et à travers le rein toutc une séric d'aspérités dures qui font déjà penscr à la pierre. Sortic du rein. Pédiculisation fragmentée du hilc avec 4 à 5 pinees Kocber. Pas une goutte de sang. Ligatures. Pédiculisation séparée de l'uretère. Drains : 1 pédiculaire, 1 urétéral.

Suites. — Elles furent remarquablement simples et sans aucun incident.

Pièce. — Rein complètement détruit. Une seule pyramide donne (montrant bien la justesse de mes lois de l'urée).

Enorme caleul tentaeulaire dans la moitié supérieure, de 7 cent. de long et de 4 cent. de large. Dans le pôle, inférieur, quantité considérable de petits calculs dorés qui permet à mes infirmiers d'en compter 10,182 (183 avec le gros).

Poids du rein : 122 grammes.

Poids du gros calcul : 30 grammes.

Poids des petits calculs : 18 grammes.

Soit en tont 48 grammes de calculs que je vous présente.

Examen chimique des pierres (M. Gauvin) :

Ils sont formés de phosphate de chaux en majeure partie, avec légères traces d'acide urique.

Guérison intégrale du malade, sans fistule.

***

Je ne veux pas relever ici l'intérêt clinique de ce cas, avec l'absence presque complète d'hématurie, l'absenee de douleur et, en nn mot, le *caractère négatif de la symptomatologie* qui ne nous a même pas guidé vers une radiographie révélatrice.

En résumé, cette observation se signale par sa curiosité et parce que je n'en rencontrerai probablement plus jamais de semblable. C'est là une vraie trouvaille d'opération qui, par sa rareté, fait honneur au malade qui m'en a fourni l'occasion.

(1) Celte absence de microbes était encore en faveur de la tubercnlose, diagnostic qui fut également posé dans un autre hôpital spécial de la rive droite où on lui proposa la néphrectomie.

REVUE DE RHINOLOGIE

L'Occlusion congénitale des Choanes

Par le Docteur Henri ABOULKER
Chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital civil de Mustapha

J'ai observé, il y a une dizaine d'années, une femme de quarante-cinq ans qui se plaignait de n'avoir jamais pu respirer par le nez. Cette femme s'était d'ailleurs si bien accoutumée à la suppression de la respiration nasale, qu'elle ne la signalait qu'en passant et demandait surtout à être débarrassée de maux de gorge très pénibles.

Je constatai ehez elle une pbaryngite sèche et une occlusion membraneuse double et complète des cboanes.

C'était le premier cas de cette affection que je rencontrais et, par sa rareté il m'avait frappé. Dans la suite le diagnostic m'en parut facile. lorsqu'il y a trois ans j'observai un enfant qui présentait une occlusion osseuse unilatérale.

Enfin, dans le eourant de l'année qui vient de s'écouler, j'ai vu deux autres eas de la même malformation congénitale.

Je veux rappeler devant la Société française d'oto-rhino-laryngologie les caractères de eette affection tels qu'ils m'ont apparu d'après les malades observés.

Voici d'abord les observations :

Observation I. — *Occlusion congénitale membraneuse double des choanes.*

Une femme de quarante ans se présente à nous en décembre 1900 pour un mal de gorge dont elle souffre depuis une semaine. Elle nous apprend qu'elle a fréquemment des angines sans gravité qui durent quelques jours et déterminent une gêne de la déglutition. Ces angines disparaissent et reviennent aux premiers froids.

La malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents béréditaires ni personnels. Elle a été réglée à quinze ans, elle est mariée et a plusieurs enfants bien portants. Elle n'a jamais eu de fausse couche et déclare qu'elle dort souvent la bouche ouverte.

Le massif facial est aplati, le nez effilé ; le faeies est celui d'une adénoïdienne. Pharyngite sèche très accentuée ; pus en quantité dans les fosses nasales, rien dans le cavum ; oreilles normales. Après nettoyage des fosses nasales, on constate une occlusion de choanes parfaitement visible. A droite, surface lisse recouverte d'une muqueuse parfaitement normale ; au stylet on touche une surface dépressible manifestement membraneuse. A gauche, même aspect, avec une ouverture régulière en bas et en dedans.

Il s'agit d'une occlusion congénitale membraneuse, complète d'un côté, presque complète de l'autre. L'ouverture a été faite facilement au moyen de galvano-cautérisations.

La malade a disparu ; mais nous croyons pouvoir dire que l'obstruction s'est reformée, car il m'a été impossible de maintenir dans les perforations des drains qui auraient pu assurer la formation d'un orifiee à bords épidermisés.

La malade a été revue en 1905 ; l'amélioration déterminée par les galvano-cautérisations a disparu ; l'obstruction choanale est aussi complète qu'avant le traitement ; pas de nouvelle intervention.

Observation II. — *Occlusion osseuse des choanes à droite.*

Un garçon de neuf ans nous est amené de Sétif en janvier 1901 par son père, qui nous prie de le débarrasser de ses végétations adénoïdes. L'enfant, nous dit-on, dort la bouche ouverte et ronfle bruyamment. Il se développe mal, est plutôt chétif, sa poitrine est aplatie et son nez coule abondamment, l'écoulement est purulent.

A l'examen, nous ne trouvons pas trace de végétations adénoïdes ; les amygdales ne sont pas hypertrophiées. L'obstruetion nasale paraît complète à droite dans les mouvements commandés d'inspiration et d'expiration nasales.

L'écoulement purulent est peu important à droite, très abondant à gauche. Après nettoyage soigneux de la fosse nasale gauche, je recherche un corps étranger ou plutôt une obstruction choanale. Ce dernier diagnostic me paraît plus probable que le corps étranger qui, me semble-t-il, n'aurait pas déterminé une imperméabilité si absolue de la fosse nasale.

Effectivement, le stylet rencontre une cloison choanale osseuse complète. Nettoyage par irrigations et aspirations de pommade antiseptique pendant quinze jours.

Sous ehloroforme, perforation de la cloison à la gouge et au maillet. Passage d'un gros drain qui est ramené par la bouche.

Observation III. — *Occlusion congénitale osseuse de la choane gauche.*

Le 15 mai 1909, un jeune homme de seize ans vient consulter paree qu'il a des insomnies dues à une gêne de la respiration nasale. Cette gêne date de la naissance et aurait augmenté à la suite d'un eoup reçu sur le nez il y a un an.

La nuit il ronfle d'une façon continue et très bruyamment ; n'a jamais été malade.

Examen : Fosse nasale gauche normale, fosse nasale droite pleine de muco-pus. Cavum libre. Après un nettoyage soigneux des fosses nasales et cocaïnisation, il est impossible d'avoir la vue normale du eavum et du voile du palais. Un stylet promené dans toute la hauteur de la fosse nasale droite reneontre un mur osseux qui comble la choane.

Il s'agit d'une obstruction osseuse congénitale de la fosse nasale droitc. Ce cas nous a paru favorable pour vérifier l'opinion émise par certains auteurs en ce qui coneerne l'action de l'obstruction nasale sur la respiration pulmonaire.

A cet effet, nous avons eu recours à M. le Dr Scherb, dont voici la note :

Le sujet a une configuration du thorax qui évoque l'idée de l'emphysème.

Le poumon droit, surtout au sommet, respire moins bien que le gauche.

La respiration y affecte le type de l'emphysème, respiration rude, inspiration prolongée.

Pas de différenee dans les vibrations.

Etat général très bon.

Le malade a refusé l'opération.

Observation IV. — *Occlusion osseuse choanale congénitale double.*

Joseph M..., tonnelier, trente-cinq ans, vient consulter pour un mal de gorge avec écoulement nasal purulent. Notre confrère, M. Plantier, diagnostiqua une ulcération tertiaire étendue de la luette et du voile du palais. Le malade présente

des ulcérations superficielles ; pas de lésions de la cloison.

Dans ses antécédents personnels, on relève une obstruction nasale persistante, remontant à la première enfance et des accidents de kératite double qui ont altéré sérieusement la vision.

Le malade ne se rappelle pas avoir eu de chancres ni d'accidents secondaires.

M. Plantier fait une série d'injections de biiodure et prescrit l'iodure de potassium ; le malade guérit de son ulcération palatine, mais l'obstruction nasale persiste. C'est alors que j'examine le malade.

Après un sérieux nettoyage et cocaïnisation de la muqueuse, j'aperçois très nettement au niveau des orifices postérieurs des fosses nasales une surface osseuse qui remplit les choanes et les obstrue. Cette surface est recouverte d'une muqueuse rosée d'aspect absolument normal.

Lorsqu'on commande au malade une expiration énergique, on voit passer néanmoins un petit filet d'air par une ouverture qui se trouve placée au niveau de l'angle de réunion du plancher et du vomer. Cette perforation se trouve dans les deux fosses nasales ; elle a la dimension nécessaire pour laisser passer un stylet nasal que j'introduis sans difficulté, sous le contrôle de la vue.

Après six semaines de traitement mixte et de lavages répétés des fosses nasales, on endort le malade au chlorure d'éthyle, puis au chloroforme ; le malade présente une pâleur de la face qui fait redouter une syncope grave ; il a cependant subi, il y a quelques années, deux anesthésies au chloroforme pour cure de hernie. On fait sans résultat un essai d'anesthésie locale prolongée.

L'anesthésie au chlorure d'éthyle dans la position assise permet de perforer la cloison osseuse des deux côtés et de passer un gros drain qui pénètre par une fosse nasale et ressort par l'autre.

L'infiltration syphilitique du voile du palais a déterminé des adhérences de la partie postérieure du voile avec la paroi postérieure du pharynx. On est obligé de rompre avec le doigt ces adhérences qui rendent assez difficile la traversée du naso-pharynx par le drain.

Ces adhérences ne sont pas sans nous inquiéter sur le résultat éloigné de l'opération que nous venons de pratiquer ; il est à redouter que la reconstitution des adhérences vienne rendre inutile notre opération.

Le 15 mars, le premier drain, qui est resté huit jours en place, est remplacé par un plus gros qui est doublé ; le malade, qui se trouve bien, l'arrache quelques heures après.

Le malade est revenu après quatre mois. Les perforations de ses cloisons choanales sont restées largement béantes. La muqueuse nasale, chroniquement enflammée, détermine la formation de croûtes abondantes dont l'accumulation gêne la respiration. Une fois le nez évacué, la respiration nasale devient très satisfaisante.

Donc sur quatre malades observés, deux présentaient une occlusion unilatérale et deux, bilatérale.

La cloison congénitale était membraneuse dans un cas, chez l'un des malades porteur d'une malformation bilatérale. Dans les trois autres cas la cloison était osseuse.

Enfin, l'occlusion était absolument complète dans les trois premiers cas observés ; presque complète dans le quatrième cas ; un tonnelier âgé de trente-cinq ans. Ce dernier présentait des perforations de ses cloisons inter-naso-pharyngiennes. Ces perforations étaient régulièrement circulaires, du diamètre d'une grosse tête d'épingle. J'ai pu facilement, sous le contrôle de la vue, y introduire un stylet nasal coudé. Ces perforations étaient doublées par la muqueuse nasale.

Dans tous les cas la cloison congénitale était recouverte d'une muqueuse rosée, d'aspect normal. Je dois cependant ajouter que, en ce qui concerne l'enfant observé, il présentait une abondante suppuration unilatérale et qu'étant fort docile j'ai pu voir nettement la cloison. Le diagnostic fut surtout l'œuvre du stylet.

Mes malades étaient venus consulter : le garçon de neuf ans et le jeune homme de seize ans, pour végétations adénoïdes qui n'existaient pas ; les deux adultes voulaient montrer seulement l'un une pharyngite sèche intense, l'autre des accidents tertiaires du voile du palais et des fosses nasales, qui seuls avaient, au début, frappé mon attention. Lorsque les lésions syphilitiques furent améliorées, la suppuration nasale se tarit ; c'est alors que cherchant la cause de l'obstruction nasale, je constatai la présence de la malformation. Je pus la voir très nettement et éliminer d'une façon certaine le diagnostic d'obstruction choanale par lésions osseuses syphilitiques ou par adhérences de la face postérieure du voile aux choanes, diagnostic d'autant plus probable que le malade avait, au moment de l'examen, des lésions très étendues du voile et des fosses nasales.

Les symptômes présentés par mes malades étaient les suivants :

Suppression complète de la respiration nasale dans trois cas, presque complète dans l'autre cas. Le diagnostic antérieur avait été naturellement celui de végétations adénoïdes. Les végétations constituent la cause la plus fréquente d'obstruction nasale. Elles peuvent d'ailleurs coexister avec la cloison congénitale, surtout chez les jeunes malades.

Chez l'enfant que j'ai eu à soigner, j'éliminai d'abord les végétations par le toucher. Je constatai ensuite une suppuration abondante unilatérale qui me fit penser à un corps étranger. Cette deuxième hypothèse écartée, après avoir songé à une sinusite peu probable, j'arrivai rapidement par le stylet combiné au toucher rétropharyngien à préciser la nature de l'affection.

Chez la malade qui fit l'objet de l'observation I, l'obstruction des fosses nasales, complète, avait déterminé une pharyngite sèche ; chez celui qui présentait des perforations (obs. IV), il n'y avait aucune altération chronique de la muqueuse pharyngée. Il en était de même chez les deux patients atteints d'obstruction unilatérale.

Les malades s'habituent facilement, semble-t-il, à cette diète respiratoire relative, et la fosse nasale indemne suffit à la respiration nasale.

Le symptôme principal, pathognomonique, c'est la constatation directe de la cloison par la vue. Cette constatation est complétée et précisée par les renseignements que donne le stylet, sensation d'une membrane tendue dans un cas, d'un mur osseux, épais, résistant, dans les autres cas.

Cette exploration au stylet prend une valeur plus grande lorsqu'on y joint le toucher rétropharyngien. En cas d'occlusion, l'extrémité du doigt recourbé ne réussit pas à pénétrer dans la choane. Il touche la cloison et constate l'arrêt du stylet introduit dans la fosse nasale.

Enfin la rhinoscopie postérieure permet de voir la face postérieure de la malformation et de fixer sa position antérieure aux trompes d'Eustache ou postérieure à ces organes, et la position par rapport au rebord choanal. Chez tous mes malades, la cloison était exactement fixée au pourtour des choanes.

Voilà, résumée brièvement, la symptomatologie de l'occlusion congénitale des choanes, telle qu'elle résulte des observations que j'ai rapportées ici.

C'est la symptomatologie étudiée en dehors des ouvrages classiques par les auteurs des principales monographies écrites sur ce sujet : Gougenheim, dans les *Annales de laryngologie* ; M. Maurice Boulay dans les *Archives de médecine infantile* (1903), M. Robert Leroux et Bellin ont également publié dans les *Annales* (1905) une observation intéressante.

Je crois qu'il existe un peu plus d'une centaine de cas dans la littérature.

Le diagnostic doit se faire facilement, me semble-t-il, pour peu que l'on connaisse l'existence de cette variété d'occlusions choanales. La rhinoscopie antérieure permettra d'éliminer les diverses causes d'obstruction nasale, déviation, épines ou crêtes de la cloison, hypertrophie des cornets, polypes ou tumeurs diverses, enfin les synéchies. Le toucher et la rhinoscopie postérieure élimineront les causes rétro-pharyngiennes d'obstruction nasale. Enfin, le toucher joint à l'exploration au stylet achèvera de préciser la nature de l'affection.

Le diagnostic peut être plus délicat lorsqu'on se trouve en présence d'occlusion osseuse congénitale ou acquise d'une fosse nasale plus ou moins étendue ou dans le cas d'adhérences du voile aux choanes ou aux parois du pharynx. Il suffit néanmoins de penser à la possibilité de ces affections pour éviter l'erreur.

Le pronostic ne présente pas de gravité. Il est à remarquer que l'occlusion choanale même double est compatible avec un état de santé excellent. Le malade prend, dès les premières heures de l'existence, l'habitude de suppléer à la suppression de la respiration nasale par la respiration buccale.

Mes malades avaient tous un bon état général. Aucun retentissement de l'affection sur l'appareil auditif.

Le jeune malade dont l'histoire a été rapportée dans l'observation III présentait comme tous les autres un état général excellent. Au moment où il est venu me consulter, je rédigeais un travail sur les relations de l'obstruction nasale et de la respiration pulmonaire que j'ai présenté à la Société française d'oto-rhino-laryngologie sous le titre de : « Fausses affections pulmonaires d'origine nasale. » Je profitai de l'occasion pour prier un confrère d'ausculter le sujet. Ce confrère, non *prévenu*, constata du côté correspondant à l'obstruction nasale une diminution de respiration pulmonaire très nette et d'autant plus intéressante à signaler qu'elle portait sur le poumon droit, dont la respiration normale est plus forte que celle du poumon gauche. Le sujet avait d'ailleurs une vigueur au-dessus de la moyenne ; il était évidemment indemne de tuberculose.

J'ai signalé ce fait avec beaucoup d'autres car il prouve que les modifications du murmure vésiculaire de cette nature sont susceptibles d'en imposer pour un début de tuberculose et d'induire en erreur un médecin consciencieux, mais insuffisamment averti, pour peu que l'altération de l'état général existe avec la modification du murmure vésiculaire.

Je suis pour ma part convaincu que les faux diagnostics de tuberculose sont loin d'être rares J'ai cité dans mon travail une vingtaine d'observations où le diagnostic de tuberculose fut soupçonné ou nettement affirmé chez les malades porteurs de simple obstruction nasale.

La pathologie est loin d'être élucidée. Un fait est dûment établi : c'est qu'elle peut être réellement congénitale. Elle a été observée en effet chez des fœtus d'animaux et chez des fœtus humains. Quant au mécanisme de sa constitution, trois hypothèses ont été formulées que nous nous contentons d'indiquer :

1° Le diaphragme se développe aux dépens du palatin, soit de dedans en dehors, aux dépens de la portion verticale de l'os (Kundrat), soit de bas en haut aux dépens de la portion horizontale (Luschka), comme chez les fœtus arhinencéphales (Schrotter, Schwendt).

2° L'atrésie choanale n'est qu'une exagération de l'asymétrie parfois constatée entre les deux orifices postérieurs des fosses nasales (Hopmann) : cette théorie s'appliquerait surtout aux occlusions marginales, les plus rares.

3° La malformation est le résultat d'un trouble du développement normal des cavités nasales ; elle serait due à la persistance et à l'ossification ultérieure de la membrane bucco-nasale qui sépare à l'origine la cavité nasale de la cavité naso-pharyngienne. Il se constituerait un os particulier, intimement soudé aux os voisins, auquel Bitot a proposé de donner le nom d'os triangulaire naso-palatin.

Quel traitement appliquera-t-on ?

S'il s'agit d'une cloison membraneuse, on fera la perforation au bistouri ou au galvano-cautère.

S'il s'agit d'une cloison osseuse, on emploiera la gouge et le maillet, ou mieux encore le foret monté sur un tour. J'ai employé avec succès le foret à main.

Il faut avoir soin dans tous les cas de bien abraser les bords de la perforation jusqu'à atteindre, ou à peu près, les limites normales du bord choanal vers les parties latérales et le plancher. Il y a avantage, comme nous l'avons fait, à maintenir béante l'ouverture artificielle par la mise en place d'un drain métallique ou en caoutchouc.

REVUE D'HYDROLOGIE

Rôle du climat et de l'atmosphère de la station dans la cure thermale

Par M. P.-R. Joly

Il est admis de tous, médecins des villes, médecins des stations et malades, que l'action des eaux employées à la source ou utilisées au loin diffère considérablement. Les récentes études sur l'état chimique et physique des eaux médicinales ont expliqué en partie ce mystère; un grand nombre des inconnues du problème ont été tirées par MM. Curie et Laborde, A. Gautier, Garrigou et Iscovesco, Moureu, Bardet, Chassevant, Salignat, Roger Glénard et tant d'autres. On sait, en effet, que l'action si particulière des eaux médicinales n'est pas dûe seulement à leur composition chimique, mais à leur état moléculaire instable, aux phénomènes biologiques qui constituent la vitalité de ces eaux.

De l'énergie mise en liberté par la désintégration moléculaire de ces organismes vivants, de ces eaux natives provient en grande partie leur vertu médicatrice. La radio-activité de ces eaux, variable selon les sources, imprime à chacune de celles-ci une part de son caractère spécifique.

La suspension dans l'eau des corps ionisés, des colloïdes, favorisée ou plus souvent gênée par le départ des gaz de l'eau, ainsi que les très intéressants travaux de MM. Garrigou, Salignat, Daniel, et ceux de M. Roger Glénard sur le pouvoir catalytique des eaux de Vichy, permettent de le comprendre, explique le pourquoi de certaines altérations de l'eau transportée au loin.

Mais ce ne sont là que quelques parties, des plus importantes, il est vrai, de la solution cherchée à ce fait que la cure d'eau sur place est plus efficace que tentée au loin. Il y a plus. Dans toutes les stations, les médecins ont pu constater que les malades, empêchés pour une raison quelconque de suivre la cure thermale, que des personnes accompagnant simplement les malades, se trouvaient améliorées, éprouvaient du bien-être par le seul fait du séjour dans la station. Le climat de la station thermale joue donc à lui seul un rôle qui lui est propre dans l'action de la cure thermale. Or, il est facile de constater, et les malades sont les premiers à le dire, que l'atmosphère voisin des sources thermales agit d'une façon toute spéciale et différente de ce qu'on observe dans un autre lieu, toutes autres conditions étant égales d'ailleurs. Il y a, par conséquent, dans le climat d'une station thermale, des propriétés qu'on peut appeler générales, parce qu'on les retrouve plus ou moins marquées partout, et des propriétés particulières, spécifiques à ce point donné du globe.

Quelles sont les propriétés générales des climats ? Quelles sont les propriétés spécifiques des climats des stations thermales ?

Un climat n'est pas un élément simple. C'est une résultante de la combinaison de très nombreux composants. C'est d'abord ce corps impondérable susceptible de transmettre des vibrations, qui unit les mondes entre eux et qu'on dénomme éther. Ce sont les vibrations, provenant par l'intermédiaire de l'éther, du centre de notre système planétaire, du soleil, sous forme d'ondes qui, suivant leur longueur, ont été classées en calorifiques, lumineuses et chimiques, et ce sont aussi les vibrations moins intenses, mais encore effectives, déterminées par les autres systèmes solaires et planétaires. A ces actions cosmiques se rattachent les influences attractives ou répulsives des mondes les uns sur les autres, suivant les lois de la gravitation universelle et plus ou moins sensibles, suivant les lieux observés, influences qui ont leur répercussion sur les êtres vivants végétaux et animaux.

Les vibrations éthériques commandent la température, l'insolation, la luminosité d'un pays. Ces éléments, soumis à des lois générales, se trouvent, en chaque point de la terre, modifiés gênés ou aidés par les circonstances locales.

Le poids de l'atmosphère, la pression barométrique dépend et de la hauteur de la colonne d'air pressant sur le sol, c'est-à-dire de l'altitude et de l'influence attractive, centripède du centre de la terre, plus ou moins marquée, suivant les points observés de sa surface. Mais cette pression atmosphérique est modifiée encore par les phénomènes de compression des molécules de l'air sous l'influence des déplacements de celles-ci, déplacements occasionnant les brises, les vents, les tempêtes, tous phénomènes soit réguliers, soit irréguliers, obéissant à des lois mécaniques connues. Le poids de l'air varie encore avec la quantité de corps gazeux ou en suspension qui s'y ajoutent.

La quantité d'eau contenue dans l'air, soit à l'état de vapeur invisible, soit sous forme de brumes, nuages, pluie, grêle ou neige, autrement dit l'état hygrométrique de l'air et ses variations nocturnes, diurnes, journalières et saisonnières, contribue pour beaucoup à caractériser un climat.

La nudité du sol, ou, au contraire, ce qui le recouvre, herbages, forêts ; la nature de la surface terrestre, rochers, sable, ou terre, ou mer, qui reçoit, réfléchit ou absorbe les vibrations de l'éther, les produits expulsés dans l'atmosphère par les êtres vivant en tel lieu ; qu'il s'agisse de la respiration des plantes ou des animaux, des essences provenant de certaines plantes, telles que les pins, les substances volatilisées, comme l'iode, le brome des bords de mer, ou, au contraire, de détritus, comme les gaz et fumiers des usines et des villes, tous ces éléments modifient l'état atmosphérique et le climat.

Le sol lui-même, enfin, par sa nature, par sa composition, par sa conductibilité, par ses émanations, influence les conditions climatériques. La terre, en effet, évolue comme tout organisme doué de vie, se modifie et, en conséquence, ses transformations se manifestent extérieurement par des variations de température, par des émanations gazeuses et liquides, des modifications du champ électrique ambiant. Le centre de la terre constitue un véritable électro-aimant dont l'action influence tous les êtres et tous les phénomènes de la surface de la terre, plus ou moins, suivant la conductivité du sol et de l'air et suivant l'action favorisante ou contrariante des forces électriques déterminées par les autres éléments météorologiques et par les influence des systèmes planétaires voisins.

Or, c'est à des phénomènes électriques, à des modifications de potentiel, à des courants d'électricité, que se ramène l'ensemble des actions de tous les éléments du climat que nous venons de passer en revue. Ainsi que je l'ai exposé depuis longtemps déjà (1), la résultante des variations de tous les éléments climatiques d'un lieu est un état, une potentialité électrique.

Le potentiel, l'état électrique d'un lieu est seul capable de caractériser le climat de ce lieu ; chacun des autres éléments n'est qu'un composant et non pas un tout.

Telles sont les propriétés générales des climats.

Mais les conditions élémentaires du climat variant en chaque point du globe, le potentiel électrique de chacun de ces points varie également et varie en rapport avec les modifications des éléments climatiques que nous venons de réviser rapidement.

De plus, outre l'action que ces derniers déterminent en influant sur leur résultante, leur aboutissant, sur l'électricité du lieu, chacun d'eux a une action propre sur l'organisme qui le subit. La chaleur ou le froid, la sécheresse ou l'humidité, l'insolation, les gaz ou les vapeurs balsamiques, la pression barométrique ou le magnétisme terrestre, etc... modifient directement la vitalité cellulaire des êtres vivants ; actions particulières s'ajoutant à l'action générale électrique.

Or, justement les points du globe où sourd une eau thermale, où sont émanés des gaz et des principes spéciaux, jouissent de conditions particulières, différentes des conditions communes aux autres lieux et, par conséquent, leur climat prend un caractère spécial, possède une action physiologique et thérapeutique en relation directe avec la présence de la source thermale. Climat et eaux thermales sont donc complémentaires l'un de l'autre, inséparables ; ils forment un tout caractéristique de telle ou telle station et agissent concurremment sur l'organisme qui lui est soumis. Ainsi se complète l'explication du fait que la cure, pratiquée à la source, est absolument différente, infiniment supérieure à la cure tentée loin du point d'émergence de l'eau thermale.

Et cette théorie n'est pas une simple conception de l'esprit ; elle répond aux faits. En effet, aux conditions géologiques nécessaires pour l'émergence des eaux thermales répondent des conditions spéciales dans les divers éléments composant le climat : telles les modifications du champ magnétique engendré à la surface par le centre de la terre et surtout la mise en liberté dans l'atmosphère de gaz spéciaux ou de gaz dits « gaz rares », d'émanations radio-actives en plus grande abondance qu'ailleurs. C'est ainsi que les eaux sulfureuses ou carboniques répandent nécessairement dans l'air ambiant des vapeurs de soufre ou d'acide carbonique qui non seulement ajoutent leur effet à celui des autres éléments climatiques pour modifier l'état électrique du lieu, mais agissent directement en influant sur les organismes qui leur sont soumis. La plus grande humidité de l'air, due aux vapeurs thermales, joue elle-même un rôle, en modifiant la conductibilité électrique de l'air et des corps et en agissant sur la peau et le poumon.

Onimus, Jeannel, Cany, Percepied et d'autres, ont étudié ce sujet. Plus nouvelle et plus intéressante est la notion de la plus grande quantité de gaz rares dans l'atmosphère des villes d'eaux. Certes, ils ne sont pas la propriété des seules stations hydrominérales, car on les retrouve partout où, comme le dit M. Moureu, se trouve de l'azote libre qu'ils semblent accompagner, de même, ajoute-t-il, qu'on relève la présence universelle de traces de matières radio-actives dans l'atmosphère, le sol et les roches (2). Mais les eaux minéro-thermales, pour le plus grand

(1) *Arch. de méd.*, nov. 1901. — *Congrès de méd. coloniale*, 1904. — 3e *Congrès de Climatologie*, 1907

(2) Recherches sur les gaz des sources thermales, *Revue scientifique*, 15 juillet 1911.

nombre tout au moins, qui mettent en relation les profondeurs de la terre avec la surface, sont, comme les volcans, des émonctoires par où le sol expulse dans l'atmosphère les déchets de l'évolution, de la vitalité de ses organes profonds, sous forme d'émanations radio-actives et de gaz, tels que l'hélium, le néon, l'argon, le krypton et le xénon.

Or, ces dégagements peuvent être considérables dans certaines sources thermales, soit qu'avec un débit d'eau peu abondant il y ait un grand dégagement de gaz, soit, au contraire, que la source, fournissant peu de gaz rares ou d'émanations radio-actives, son écoulement d'eau soit très considérable. M. Fraenkel a, le premier, fait cette observation à la Société d'Hydrologie, dans une communication du plus haut intérêt (1), au cours de laquelle il a déjà traité de l'atmosphère des stations thermales.

Dès lors, l'air ambiant est abondamment enrichi, sinon toujours de principes spéciaux, du moins, d'une quantité particulièrement grosse de principes rares et devient capable d'agir d'une façon toute spéciale sur les êtres vivants qui le respirent. Les recherches de MM. Moureu, Gautier, Ramsay démontrent l'exactitude de ces faits. Or, de même que la plus ou moins grande dose de radio-activité ou de gaz rares est une des caractéristiques de chaque source, de même l'atmosphère, le climat correspondants auront des propriétés en corrélation. Les eaux et le climat d'une station forment donc bien, et c'est là le point sur lequel je tiens à attirer votre attention, un ensemble, un tout, dont les effets se combinent et donnent justement les résultats thérapeutiques inimitables et irréalisables artificiellement, loin de la source, et qu'on observe par la cure à la station.

Ces relations de l'eau minéro-thermale et de l'atmosphère sont tellement intimes que, réciproquement, l'état des eaux à leur sortie du griffon est influencé par l'atmosphère, par les variations de potentiel de l'air. M. Roger Glénard ne nous a-t-il pas montré (2) que, dans les eaux ferrugineuses carbonatées, la suspension des particules de fer ionisé était sous la dépendance des perturbations électriques de l'atmosphère et que ces eaux demeuraient limpides ou devenaient troubles, selon l'état électrique de l'air?

De ces données, on peut tirer plusieurs conclusions :

1° D'abord celle que nous avons déjà énoncée, et dont la démonstration est le but même de cette communication, à savoir que l'action de la cure thermale et de celle du climat de la station sont indivisibles dans le résultat final de la cure subie à une station thermale.

2° Cet ensemble accentue la spécificité de chaque station et précise pour chacune d'elles une spécialisation nosologique bien déterminée, non pas exactement, ainsi que M. Maurice Faure (3) le conçoit, mais comme nous-même (4) l'avons déjà exposé, spécialisation mettant à profit toutes les ressources naturelles spéciales à la station.

3° Il serait nécessaire d'établir dans chaque station hydro-minérale, comme d'ailleurs dans toutes les stations climatiques et maritimes, un poste d'observations météorologiques permettant de préciser la nature des composants du climat de chacune d'elles, les variations du potentiel électrique, ainsi que les rapports existant entre le climat et les sources de ces stations : de concentrer tous les renseignements ainsi recueillis, et de faire des rapprochements entre les conditions climatériques des diverses stations. Ceci permettrait peut-être de comprendre pourquoi certaines affections ou plutôt certains malades guérissent mieux à telle station qu'à telle autre, dont les eaux sont très semblables.

4° Enfin, tenant compte de l'indissoluble lien qui unit l'eau thermale et l'atmosphère ambiante, les Commissions chargées d'accorder le titre de station thermale ou station climatique aux localités qui le sollicitent, ne doivent pas refuser d'adjoindre le mot climatique à celui de station thermale : toute station thermale, est, par cela même qu'elle possède une source minéro-thermale, douée d'un climat spécial, et a droit au titre de climatique (1).

(1) Fraenkel. Communication. *Soc. d'Hydr. Médic. Paris*, 24 avril 1911.

(2) *Soc. d'hydr. médicale de Paris*.

(3) *Soc. d'hydrol. méd. de Paris*, mars 1909 et 24 avril 1911.

(4) *La Clinique*, 1910.

(1) *Soc. d'hydrol. méd. de Paris*.

REVUE DE PARASITOLOGIE

Hématome suppuré du Muscle grand droit de l'Abdomen produit par une douve

Par C. DAMBRIN
Chargé de Cours de Médecine opératoire, Chirurgien des Hôpitaux

Au mois de septembre 1910, j'ai eu l'occasion d'opérer, à l'Hôtel-Dieu, un cas très curieux d'hématome suppuré d'un muscle grand droit de l'abdomen, produit par une douve hépatique. Ce fait m'a paru digne d'être rapporté en raison de son extrême rareté.

Voici tout d'abord l'*observation clinique* :

Il s'agit d'un homme âgé de 38 ans, cultivateur, domicilié dans un village de la Haute-Garonne. Il n'y a rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux. Dans *ses antécédents personnels*, il faut noter qu'il a joui d'une excellente santé jusqu'à son départ au régiment. Il a fait trois ans de service militaire dans le Sud algérien, où il a contracté les fièvres paludéennes et où il a fait des excès alcooliques. Il s'est marié à 25 ans et a trois enfants vigoureux.

Maladie actuelle. — Au mois de janvier 1910, cet homme eut de fortes coliques localisées dans l'hypochondre droit, le long du rebord des fausses côtes. Ces coliques débutaient brusquement tantôt le jour, tantôt la nuit et atteignaient, dès le début, leur intensité maxima. Elles duraient environ deux heures, mais quelquefois elles persistaient pendant vingt-quatre heures. Lorsque ces douleurs se produisaient pendant le jour, le malade devait cesser tout travail. Durant deux ou trois semaines, cet homme ne fit rien pour essayer de se soulager. Toutefois, comme il était porteur, depuis une dizaine d'années, d'une petite hernie épigastrique, il crut que sa hernie était l'origine de ses douleurs. Il alla trouver un médecin qui lui conseilla le port d'un bandage. Mais ce dernier n'empêcha pas les coliques de reparaître. Le malade ne passa jamais quinze jours sans souffrir. Au bout de deux mois, n'éprouvant pas de soulagement, il quitta la ceinture et remarqua que les douleurs avaient changé de siège. Elles s'étaient localisées au niveau du muscle droit du côté gauche, à deux travers de doigt environ audessous de l'ombilic, sur une étendue à peu près égale à celle de la paume de la main. A cette époque (c'était au mois de mai 1910), le malade remarqua, dans la région douloureuse, l'existence d'une tumeur assez dure, de la grosseur d'un œuf de pigeon. Il consulta de nouveau le médecin qui lui donna une pommade grise, sur la nature de laquelle je n'ai pu me renseigner, pour frictionner la région douloureuse.

Cependant aucun changement ne se manifesta dans l'état du malade. Il continuait toujours à souffrir de ses coliques, à des intervalles irréguliers. Le malade raconte que, depuis le mois de juillet, la tumeur aurait changé de position et qu'elle serait peu à peu remontée dans l'hypochondre gauche.

Cet homme arrive à l'hôpital, le 6 septembre 1910, dans l'intention de se faire opérer. Il entre salle Saint-René, dans le service de mon excellent maître, M. le professeur Jeannel, que je remplaçais.

L'examen du malade donne les renseignements suivants : Dans l'hypochondre gauche, on aperçoit une tumeur du volume d'une noix qui fait saillie sous la peau. Elle est située au niveau du muscle grand droit du côté gauche, à 3 centimètres environ de la ligne médiane ; son bord inférieur correspond à une ligne horizontale passant par l'ombilic. Cette tumeur, de forme ovoïde, mesurant 4 ou 5 centimètres de hauteur, est de consistance dure. A son niveau, la peau est de coloration normale. Elle est mobile quand les muscles droits sont relâchés. Au contraire, en faisant contracter ces muscles, la tumeur s'immobilise et disparaît presque complètement. Enfin, cette tumeur est un peu douloureuse au palper.

Le malade n'a jamais eu de troubles de la digestion, jamais de constipation ni de diarrhée. Il n'a jamais eu de vomissements, même au plus fort de ses crises douloureuses ; il n'a jamais manqué d'appétit. Actuellement, les crises douloureuses se reproduisent tous les cinq ou six jours, à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit, avant ou après les repas indifféremment. Les douleurs sont localisées à la tumeur : il semble au malade que des *chiens lui arrachent quelque chose*.

Pour compléter l'examen, j'ajoute que cet homme présente une hernie épigastrique du volume d'une noisette. Le foie est de volume normal. Il n'existe pas de fièvre ; enfin, les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le diagnostic a été d'abord hésitant entre une tumeur du muscle grand droit ou une tumeur intra-abdominale adhérente à la paroi. On s'est enfin rallié au diagnostic de tumeur développée dans la paroi abdominale, mais on n'arrivait pas à préciser la variété de tumeur en présence de laquelle on se trouvait.

L'opération eut lieu le 23 septembre 1910. Chloroforme à l'aide de l'appareil de Roth-Drager. L'intervention comprend deux temps :

1° *Laparotomie médiane sus-ombilicale*. — Cette incision médiane permet, après ouverture du péritoine, de constater que ni l'estomac, ni le côlon transverse ne présentent de tumeur, qu'ils n'adhèrent pas à la paroi abdominale et que la tumeur que l'on sent au niveau du muscle droit est bien intra-pariétale. Fermeture de cette incision médiane par deux plans de sutures : péritoine et muscles avec des fils de fer, peau avec des agrafes de Michel. Cette laparotomie médiane sus-ombilicale a permis du même coup de vérifier le diagnostic et de faire la cure de la hernie épigastrique.

2° *Incision verticale au niveau du tiers externe du muscle droit du côté gauche*, parallèle au bord de ce muscle, longue de 6 à 7 centimètres. On sectionne d'abord la peau, puis l'aponévrose antérieure du droit. On tombe alors dans un magma hémato-purulent qui se trouve véritablement dans l'épaisseur du muscle droit. Il existe en ce point une sorte de cavité irrégulière du volume d'une noix, les fibres musculaires sont détruites et dissociées. Au milieu de ce magma hématique, de coloration brune, on aperçoit un petit corps aplati, blanchâtre, de forme ovalaire, qui mesure 1 centimètre de diamètre environ et qui ressemble à une douve. Ce petit corps étranger est recueilli pour être examiné au laboratoire ; on prélève également des fragments du muscle malade. Ces pièces sont confiées à M. le professeur Rispal. Drainage et sutures incomplètes de l'aponévrose du grand droit, puis de la peau ; pansement aseptique.

Les *suites opératoires* ont été parfaites : une suppuration minime s'est produite pendant quelques jours, puis le drainage a été supprimé et la plaie s'est cicatrisée complètement. Le

malade a quitté l'hôpital le 9 octobre 1910, seize jours après l'intervention. Je n'en ai pas eu de nouvelles depuis cette époque.

L'examen microscopique a montré que le corps étranger contenu dans cet hématome du muscle droit était bien une douve. M. le professeur Neumann a bien voulu examiner et identifier cette douve. « Il s'agit de *fasciola hepatica* ou douve hépatique, individu jeune, non mûr sexuellement et ne contenant pas d'œufs par conséquent. »

Pour terminer ce qui a trait à l'anatomie pathologique, j'ajoute que les fragments de muscle droit prélevés au cours de l'opération ont été examinés par M. le professeur Rispal. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de *myosite suppurée*.

Au point de vue pathogénique, on doit se demander comment s'est faite l'arrivée de cette douve dans l'épaisseur du muscle grand droit? Il s'agit-là d'une variété de *douve erratique*. Il est probable que dans ce cas le parasite, encore très jeune et de très petite taille, a perforé la paroi stomacale ou intestinale et est tombé dans une des branches d'origine de la veine porte, puis a été entraîné par le torrent circulatoire et est allé se fixer dans le muscle droit, après avoir franchi le réseau hépatique, le cœur droit et le réseau pulmonaire. Etudiant la migration de la douve, Guignard dit : « ... Le parasite sera entraîné par la veine sus-hépatique dans la veine cave inférieure, le cœur droit et l'artère pulmonaire ; il en résulte que le parasite pourra s'arrêter dans les capillaires du poumon et ce sera l'origine d'une distomatose pulmonaire. Mais, le plus souvent, le parasite sera assez petit pour franchir ces capillaires, il arrivera alors dans la grande circulation où, lorsqu'il aura grandi, il se trouvera arrêté par les capillaires d'un organe quelconque ou par les capillaires périphériques. » Parlant des douves erratiques, Blanchard dit que « ces vers, sans aucun doute, étaient primitivement libres dans le sang; entraînés avec celui-ci, ils se sont arrêtés dans les capillaires et leur présence s'est manifestée par la production d'une tumeur.

J'insiste sur *l'extrême rareté* de cas semblables. Les traités de chirurgie n'en contiennent pas. La lecture des traités de parasitologie m'a démontré que « la *distoma hepaticum* se rencontre très rarement chez l'homme. La première observation positive est due à Pallas, 1760. »

Blanchard rapporte dix-sept observations authentiques de douve hépatique *dans les voies biliaires* de l'homme, vérifiés par l'autopsie. J'ai eu la curiosité de rechercher, dans les diverses observations, les symptômes principaux qui avaient été observés durant la vie de ces malades. Le tableau clinique est caractérisé par des douleurs vives dans la région hépatique, de l'ictère, de l'ascite, de l'inappétence et des vomissements, des selles sanguinolentes ou du mœléna. Il existe de l'amaigrissement, de l'abattement et une anémie grave avec fièvre plus ou moins élevée. Enfin, la cachexie survient, avec œdème des jambes, et la mort se produit.

Dans le *Traité de zoologie médicale* de Blanchard, l'on trouve aussi trois cas de *douves erratiques* dans *les vaisseaux sanguins* : En 1793, Treutler extrait une douve d'une veine tibiale antérieure, ouverte spontanément chez un jeune homme pendant que celui-ci se baignait dans une rivière.

Duval trouva cinq douves dans la veine porte, les divisions sus-hépatiques de ces vaisseaux et dans les branches de la veine situées à l'intérieur du foie.

Enfin, Blanchard rapporte quatre cas dans lesquels les douves furent trouvées dans des *tumeurs sous-cutanées* :

Cas de GIESKER : Tumeur de la plante du pied;

Cas de PEN HARRIS : Tumeur grosse comme une orange trouvée à la partie supérieure de l'occiput;

Cas de Fox : Tumeur de la grosseur d'une noix située en arrière de l'oreille.

Le cas de DIONIS DES CARRIÈRES présente de grandes analogies avec le fait que j'ai observé et je désire le rapporter intégralement (1) :

Homme de 35 ans, portant dans la région hypocondriaque droite une petite tumeur très douloureuse qui le privait de sommeil et l'empêchait de vaquer à ses occupations. Cette tumeur, de la grosseur d'un œuf de pigeon, était très dure et non fluctuante. Au bout de quelques mois, elle n'était pas encore acuminée et n'offrait pas la moindre trace de fluctuation ; la peau avait partout sa coloration normale, mais au centre se voyait un petit point bleuâtre, de la grosseur d'une tête d'épingle et formée par une pellicule mince et transparente comme une pelure d'oignon, derrière laquelle on distinguait facilement une gouttelette de sérosité, de couleur violacée. En pressant à droite et à gauche avec les deux pouces, une goutte de sérosité jaillit et aussitôt après s'échappa un distome hépatique très vivace, ayant à peine 1 centimètre de longueur. Des pressions plus fortes et répétées ne firent plus rien sortir. En quelques jours, la tumeur s'affaissa et depuis ce temps le malade n'a plus rien ressenti.

En somme, de toutes les observations de douves erratiques rapportées dans les traités de parasitologie, une seule ressemble un peu à la nôtre : c'est celle de Dionis des Carrières.

Au point de vue clinique, je crois nécessaire d'attirer l'attention sur les phénomènes douloureux siégeant au niveau de la tumeur du muscle droit. Ces douleurs avaient des caractères aigus particuliers: il semblait au malade que des chiens le rongeaient ou le déchiraient.

J'insiste sur les *difficultés considérables du diagnostic*, à cause de l'extrême rareté de cette affection chez l'homme. Seul l'examen des selles permettrait de constater la présence des œufs du parasite et nous autoriserait à affirmer, chez un malade donné, l'existence de douves. Dans notre cas, cet examen n'a pas été fait (2).

(1) D'après Blanchard (*Traité de zoologie médicale*).
(2) Soc. de médec. de Toulouse.

CARNET DU PRATICIEN

Stomatite aphteuse (*forme bénigne*)

Dans la forme bénigne à éléments peu nombreux et sans réaction générale, prescrire :

1° Trois ou quatre fois par jour un bain de bouche avec la solution suivante :

Bicarbonate de soude.......	10 grammes
Biborate de soude..........	10 —
Eau distillee...............	500 —

2° Toucher les ulcerations matin et soir avec un tampon d'ouate imbibé de :

Bicarbonate de soude	5 grammes
Eau distillée............ ...	100 —
Eau oxygénée à 12 volumes..	200 —

Ou en cas de douleurs un peu intenses, avec le collutoire suivant :

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 20
Borate de soude.............	2 grammes
Glycérine	15 —
Eau.........................	15 —

3° Si les lésions tardent à rétrocéder, cautérisations au nitrate d'argent.

Traitement de la maladie d'Addison

1° Mettre le malade au repos absolu et au grand air si possible.

Inhalations ou injections sous-cutanées d'oxygène. Frictions avec de l'alcool. Bains tièdes fréquents.

2° Alimentation lacto-végétarienne. Durant les périodes d'intolérance ne permettre que le lait.

3° Opothérapie surrénale. De 1 à 30 grammes de capsules surrénales fraîches de jeunes veaux hâchées et mêlées à de la viande crue, ou à du bouillon de légumes, ou à une purée de légumes. On peut aussi donner des capsules surrénales dessèchées ou pulvérisées.

Continuer ce traitement pendant 15 jours, interrompre durant 3 ou 4 et reprendre.

4° Contre l'asthénie générale, pratiquer des injections de glycérophosphate et de formiate de soude, de cacodylate de strychnine. Contre l'asthénie cardiaque, prescrire la caféine. Contre les vomissements donner des boissons gazeuses et glacées, de l'eau chloroformée ; inhalations d'oxygène, vessie de glace, lavages de l'estomac.

Contre les douleurs, pulvérisations d'éther, et pointes de feu au creux épigastrique.

Myocardite des enfants

Cafeine..................	1 gr 50 centigr.
Benzoate de soude.........	1 gr. 50
Rhum......................	50 —
Sirop de tolu.............	50 —
Eau distillée.............	60 —

Une cuillerée à soupe, deux ou trois fois par jour. Sinapismes, ventouses sèches à la région du cœur.

(SEVESTRE).

Pommade contre les engelures

Chlorhydrate de cocaïne........	0 gr. 50
Extrait de chanvre indien.....	0 gr. 50
Tanin à l'éther...............	8 gr.
Glycérolé d'amidon	100 gr.

A appliquer gros comme un pois deux fois par jour sur les régions atteintes, qu'on massera légèrement.

Les sels de calcium dans le traitement de la fièvre des foins.

Huit jours avant l'époque où d'habitude apparaissent les symptômes de la fièvre des foins, M. HOFFMANN fait prendre chaque jour trois cuillerées à soupe de la solution :

Chlorure de calcium	10 gr.
Lactate de calcium	10 gr.
Sirop simple....................	40 gr.
Eau distillée...................	400 gr.

Une fois que la fièvre a commencé, le malade doit prendre une cuillerée à soupe toutes les deux heures, jusqu'à ce qu'il ait absorbé en tout 40 à 50 grammes de calcium.

Les sels de calcium relèvent la tonicité vasculaire et diminuent l'excitabilité des vaso dilatateurs. D'où leur action favorable sur l'asthme des foins.

Contre l'hydroa vacciniforme de Bazin.

Enduire les régions sensibles avec une pâte.

S-it :

Amidon de froment.........	10 gr.
Eau.......................	10 gr.
Esculine..................	2 à 4 gr.
Solution aqueuse de soude à 10 0/0	VIII gouttes
Glycérine chauffée à 110°....	100 gr.

(UNNA.)

ou bien :

Lanoline	10 gr.
Vaseline	10 gr.
Chlor. de quinine..........	0 gr. 30

Sur les croûtes :

Soit applications de corps gras ou de poudres inertes;

Soit pulvérisation tiède résorcinée à 1 0/0;

Soit compresses de lint imbibées de vin aromatique.

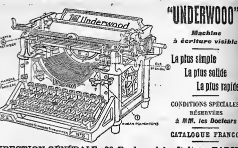
Si l'éruption devient impétigineuse, on fera des lavages à l'eau d'Alibour étendue de 1/10 et on appliquera la pommade suivante :

Oxyde jaune de mercure..........	5 gr.
Lanoline........................	50 gr.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE.


Underwood
UNDERWOOD
N°5



VARIÉTÉS

Les Blessés de la Guerre Balkanique

C'est avec des armes tout à fait modernes que Turcs et alliés se sont battus et leur guerre a été la plus sanglante qu'on ait vue, en Europe. depuis 1870. Ce qui s'est fait en matière de soins à donner aux blessés dans les Balkans est donc particulièrement intéressant pour tous ceux — et ils sont nombreux — qui concourent plus ou moins directement à l'organisation d'hôpitaux ou d'ambulances militaires.

Le docteur Le Fort, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, qui a parcouru la Serbie et la Bulgarie pendant la première quinzaine de novembre, c'est-à-dire aussitôt après les grandes batailles de Lule-Bourgas et de Kirk-Kilissé, a pu faire ample moisson d'enseignements précieux. Il en rendait compte à la dernière assemblée mensuelle de l'union fédérative des médecins de réserve et de l'armée territoriale, sous la présidence du Dr Walther, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Comme les correspondants des journaux politiques, le Dr Le Fort s'est plaint de n'avoir vu approcher des lignes de feu et d'avoir été constamment retenu sur les derrières de l'armée. Il n'a donc pu voir que les installations s'adressant aux blessés ayant été évacués du front de bataille. Mais, a-t-il expliqué, comme, conformément à la doctrine russe résultant des enseignements de la guerre de Mandchourie, une proportion considérable de blessés est immédiatement expédiée vers les services d'arrière, ceux-ci méritent d'être étudiés de près.

Le nombre des soldats atteints a été considérable au cours de cette campagne. La mortalité immédiate, celle qui se produit sur le champ de bataille même et qui d'ailleurs semble augmenter au fur et à mesure du progrès des armements, a dépassé, dans la guerre des Balkans, tout ce qu'on avait prévu. A Lule-Bourgas, 43 0/0 des Bulgares et 52 0/0 des Turcs auraient été mis hors de combat.

Le Dr Le Fort a beaucoup admiré ce qu'il a vu des organisations ambulancières bulgares et serbes. Néanmoins il a constaté que les étrangers avaient fourni un appoint qui n'était certes pas négligeable. Rien qu'à Sofia, par exemple, les Russes avaient installé deux hôpitaux de 250 lits. Chose curieuse, c'étaient exclusivement des chirurgiens étrangers qui dirigeaient les services de l'arrière. Tous les médecins indigènes valides étaient partis pour le front.

Si la mortalité sur le champ de bataille est considérable, il a semblé au contraire au conférencier qu'une fois évacué sur les derrieres le blessé avait de grandes chances de s'en tirer. Le transport qui, dans ces pays accidentés, est si long et si pénible, n'entraînait qu'un petit nombre de décès. Et puis les blessures guérissent de la manière la plus remarquable. La teinture d'iode et le pansement sec qui constituent, avec l'abstention de tout sondage des plaies, un des plus remarquables et des plus réels progrès de la chirurgie d'armee. font merveille. Il y a aussi une question de race. Les Serbes et les Bulgares supportent apparemment des choses que les Occidentaux supporteraient difficilement. Au début de novembre, par des temps de neige fondue, ces soldats mal équipés ne fournissaient pour ainsi dire pas de malades en dehors des blessés.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel pratique de kinésithérapie. — Fascicule V: F. Wetterwald. *Maladies de la nutrition*. — R. Leroy, *Maladies de la peau*. 1 volume in-8 avec 47 figures dans le texte, 4 francs.

Le fascicule V du *Manuel pratique de Kinésithérapie* est consacré, dans sa première partie, au traitement des différents syndromes résultant du déséquilibre nutritif: *Algies, Dystrophies, Névroses*.

On connaît les travaux si originaux de Wetterwald, et les résultats intéressants qu'il a obtenus dans la cure des *algies*. Aucun praticien ne saurait rester indifférent en face d'une méthode qui lui permettra, après quelques semaines d'entraînement, de traiter avec succès des cas récents ou anciens de *sciatique* ou de *névralgie du trijumeau*, aussi bien que les formes les plus invetérées du *rhumatisme chronique* ou de *l'arthrite sèche*. Au lieu de passer le temps de la visite ou de la consultation des « chroniques » à des encouragements dont le formulaire le plus riche finit par s'épuiser, le médecin fera, de ses dix doigts, œuvre utile à ses malades et à lui-même. Il affinera son toucher, allègera son palper qui sera d'autant plus efficace qu'il deviendra indolore.

Sous ce titre, **Lettre ouverte à l'Académie de médecine**, M. L. Mirman, le très distingué directeur de l'Assistance et de l'hygiène publique au ministère de l'Intérieur, vient de publier une brochure qui a soulevé dans les milieux médicaux une certaine émotion.

Dans ce travail, M. Mirman dont on a en maintes fois l'occasion d'apprécier la haute valeur comme hygiéniste, répond à un rapport récent de M. le professeur Gaucher sur le fonctionnement en France du service des épidémies.

Quatre chapitres, *La faillite de l'hygiène publique, Les Mutualistes et les lois sur l'hygiène, l'Etat sanitaire de la France et Contre l'Alcoolisme* complètent l'opuscule de M. Mirman.

Atlas de Bactériologie. — Edité par les laboratoires Fournier.

Riche revue iconographique de 24 planches, chaque planche présentant deux préparations en couleurs des principaux micro-organismes pathogènes; vis-à-vis des planches un texte où les détails techniques de coloration, de préparation ont été exposés avec la plus grande concision et où les auteurs se sont proposé d'exposer à propos de chaque microbe l'état actuel des méthodes de vaccinothérapie et sérothérapie le concernant. L'impression luxueuse des planches nettes et de belles proportions, le texte serré et précis en font un bel ouvrage de bibliothèque médicale.

Uber Laparo und Thorakoskopie, par le Docteur H.-C. Jacobaeus. — Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag), à Würzburg.

ÉCHOS

Contre les moustiques.

Le maire de Lyon avait pris un arrêté prescrivant à tous les propriétaires d'immeubles de faire munir l'ouverture supérieure des fosses d'évents desservant les fosses d'aisances d'un appareil de toile métallique destiné à empêcher les moustiques, agents de transmission des maladies contagieuses, d'aller pondre leurs œufs dans les fosses d'aisances.

Un propriétaire de Lyon a déféré cet arrêté au Conseil d'Etat. Après avoir pris la défense des moustiques lyonnais qui, suivant lui, ne seraient que d'inoffensifs cousins, il a fait valoir que c'est à tort que le maire de Lyon a pris un arrêté général pour l'ensemble de la ville alors qu'il n'aurait pu en droit, procéder que par voie de mesures individuelles en vertu de l'article 12 de la loi du 15 février 1902.

Le Conseil d'Etat, conformément aux conclusions du commissaire du Gouvernement Corneille, sans avoir à examiner le plus ou moins d'efficacité des moyens préventifs prévus, a déclaré que les mesures propres à assurer la destruction des moustiques comme agents de propagation de certaines maladies sont au nombre de celles qu'il appartient aux maires de prescrire par des arrêtés réglementaires pris en vertu de l'article 97 de la loi du 5 avril 1884 et l'article 1er de la loi du 15 février 1902.

Le maire pouvait donc parfaitement imposer ainsi aux propriétaire l'emploi d'appareils appropriés.

Mais, en fait, la présence de moustiques n'a été constatée que dans certains quartiers.

Dans ces conditions, le Conseil d'Etat a jugé qu'en obligeant tous les propriétaires de Lyon à prendre les mesures qu'il a edictées sans rechercher dans quelles régions ces mesures seraient indispensables, le maire a fait une fausse application de l'article 1er de la loi de 1902.

L'arrêté du maire a donc été annulé.

Académie Royale de Médecine de Belgique.

L'Académie met au concours les questions suivantes :

1° Etudier les conditions de nutrition et de prolifération des éléments histologiques normaux dans les cultures *in vitro*;

2° Contribution à l'étude d'un glucoside.

Un prix de 1.000 francs se a alloué à la solution de la première de ces questions, et un prix de 800 francs à la seconde.

La clôture de ces concours est fixee au 15 juillet 1914.

Responsabilité médicale

En 1903, une employée des postes, âgé de vingt ans, dont les joues et le menton étaient couverts de barbe, recourut aux soins du docteur Delherm, médecin-électricien, pour se débarrasser de cet apanage masculin. Le praticien soumit sa cliente à douze séances d'applications de rayons X à la suite desquelles la jeune fille eut un collier cicatriciel. Elle assigna le docteur Delherm devant le Tribunal de la Seine en 20.000 francs de dommages-intérêts.

Un jugement de la première Chambre la débouta de sa demande. Appel fut fait de ce jugement, et, ces jours derniers, la Cour a rendu l'arrêt que nous résumons ci-dessous :

Après avoir rendu hommage à la valeur professionnelle du docteur Delherm, après avoir proclamé qu'il n'avait pas commis de faute technique, elle a décidé qu'il y avait lieu d'établir une distinction entre les opérations « curatives » et les opérations « esthétiques ». S'il est vrai, a-t-elle dit, que dans un cas urgent, le chirurgien doit opérer, il n'en est pas de même lorsque l'intervention chirurgicale n'est pas d'une nécessité absolue immédiate. Dans ce cas, en effet, le médecin doit avertir son client des dangers de l'intervention ; il lui faut obtenir son autorisation après explications et il lui incombe d'apporter la preuve que cette autorisation lui a été accordée.

En conséquence, la Cour a accordé 5.000 francs de dommages-intérêts à la jeune postière.

Le lait de femme conservé.

Il est beaucoup question en ce moment, de lait de femme conservé. Deux médecins de Vienne (Autriche) constatant que, dans les crèches, le lait de mere, tantôt était surabondant et tantôt faisait défaut, que pourtant il était très utile aux enfants malades et débiles, ont eu l'idée de le conserver. Ils se sont servis pour cela d'un mélange d'eau oxygénée et chauffage à 50 degrés. Les résultats ont été si satisfaisants que, désormais, à Vienne, il est possible de se procurer ce lait contrôlé en s'adressant aux maternités et aux bureaux de nourrices.

84e Année (Série XIIIe) — No 186 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 19 Février 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements ... 10 fr.
Union postale .... 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise ... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 19 Février 1913

ÉCHOS

Au Parlement.

Aux élections qui ont eu lieu dimanche dans le département de la Haute-Loire pour la nomination d'un sénateur en remplacement de M. Magnier décédé, M. le docteur Devins a été élu.

M. Devins appartenait déjà au Parlement en qualité de député.

Académie de médecine

M. le docteur Carrel (de Lyon) à qui fut attribué récemment le prix Nobel pour la médecine et dont nous avons vu, avec plaisir, le nom figurer parmi les derniers promus dans la Légion d'Honneur et M le professeur Arnoyan (de Bordeaux), viennent d'être élus correspondants nationaux de l'Académie de médecine pour la 1re division (médecine).

Société des chirurgiens de Paris

Composition du bureau pour l'exercice 1913 :

Président, M. Delaunay (Eug.) ; *vice-président*, M. Ozenne ; *secrétaire général*, M. Jndet (H.) ; *secrétaire général adjoint* M. Loewy ; *secrétaire des séances*, MM. Iselin, Léo ; *trésorier*, M. Brodier (H.) ; *trésorier adjoint*, M. Lance ; *archiviste*, M. Monnier.

Une victime des rayons X

Nous apprenons avec regret que le distingué radiographe de Paris, M. Charles Vaillant, chef de laboratoire à l'hôpital Lariboisière, un des premiers qui aient appliqué les rayons X en France, atteint de radiodermite, a été amputé de deux doigts.

Un feuillet sanitaire

M. Lachaud, président de la Commission d'hygiène publique, a fait part à ses collègues de la Chambre, d'un projet établi par la sous-commission militaire de la commission de dépopulation, projet qui tend à l'établissement d'un feuillet sanitaire.

Ce feuillet sera provisoirement rendu obligatoire seulement pour les jeunes gens qui se présentent au brevet d'aptitude militaire.

Prix Riberi.

L'Académie de Médecine de Turin vient de déclarer ouvert le treizième concours pour le prix « Riberi » de 20.000 francs.

Les auteurs qui désirent y prendre part avec leurs travaux scientifiques sur les sciences médicales en général sont priés de s'inscrire jusqu'au 31 décembre 1916.

Demander les conditions du concours, au secrétaire de l'Académie de médecine, 18, rue du Pô, Turin.

LE MOT "AMOUR"

Sait-on que pour consoler les époux trop nombreux qui ne connaissent jamais la « chose » que par oui-dire ou en dehors du mariage, le « mot *amour* » a failli être introduit dans le Code ? Voici en quelles conditions.

M. Cazot qui faisait partie de la Commission instituée en 1905 pour réviser, pour rajeunir le Code civil, présidait la cinquième section, celle appelée à s'occuper « des droits et devoirs des époux ». C'était une section choisie. MM. Viviani, Raymond Poincaré, Paul Hervieu, Marcel Prévost y figuraient.

Quand M. Cazot ouvrit la séance du mardi 14 février 1905, il ne semblait point qu'elle dût être mémorable.

L'incapacité de la femme mariée était sur le tapis et cela nous avait valu, de la part du président, un exposé remarquable de lucidité et d'érudition. Ce vieillard de quatre-vingt-cinq ans, d'apparence épuisée, retrouvait au contact des idées juridiques qu'il avait si longtemps maniées tout son enthousiasme de professeur de droit. Il y avait en lui, à la fois, et la religion pour le grand Code et beaucoup de libéralisme. Et tandis qu'il sympathisait avec M. Viviani, pour accorder à la femme plus d'autorité légale dans le mariage, on sentait son appréhension de commettre un sacrilège en s'attaquant aux vieux principes des jurisconsultes romains.

On passa à l'examen de l'article 212 :

Les époux se doivent mutuellement fidélité, secours et assistance.

Et de suite, comme le président offrait la parole, une voix mordante, laissa tomber ces mots:

— Je demande que le mot « amour » figure dans cet article. Il n'est nulle part dans le Code et c'est pourtant un des plus nobles mots du langage humain.

M. Paul Hervieu venait d'introduire innocemment l'Amour dans le Mariage.

Un silence profond suivit, comme il convient après un grand fracas. Nous étions penchés sur notre papier tellière, prêts à enregistrer les secondes de cette minute historique. Les hommes de droit se regardaient. M. Marcel Prévost souriait, amusé, dessinant d'un crayon inlassable. Le préopinant demeurait très calme attendant une objection.

Elle vint de M. Cazot. Penchant davantage encore sur son épaule sa lourde tête grise, il cligna par-dessus son lorgnon, il murmura :

— C'est bien séduisant, mais le moyen pratique ?

L'amour, reprit Paul Hervieu, comprend les mots adoptés par le Code *secours et assistance*, qui n'en sont que les effets et il y ajoute une idée supérieure, un idéal qu'il est bon de rappeler à ceux qui vont s'unir.

Le président ne semblait pas convaincu et il reprenait de sa voix au timbre méridional :

— Mais enfin, mon cher collègue, comment voulez-vous contraindre des époux à s'aimer ? La loi n'a de valeur que dans la mesure où l'on peut contraindre à la respecter celui qui y déroge. Amour est un admirable mot, mais juridiquement *c'est un mot vide*. Parlez-moi de secours d'assistance, qui peuvent se réaliser pratiquement !

Il eut beau dire, le coup était porté, M. Marcel Prévost, cessant de dessiner, résuma l'impression dominante :

— Messieurs, nous sommes tous frappés par l'importance de la proposition de M. Hervieu. Voilà la meilleure preuve de l'insuffisance du Code.

Pour ménager les suprêmes pudeurs, M. Marcel Prévost dit qu'au lieu d'amour, on pourrait mettre s'aimer, « car il est vrai qu'*amour* apporte avec soi des résonnances et certaines idées ».

Concession superflue, c'est avec entrain que fut voté le nouvel article 212 « Les époux se doivent mutuellement amour, fidélité, secours et assistance ».

Un enthousiaste voulut même supprimer *secours et assistance*, mais M. Paul Hervieu, bon prince, s'y opposa :

— Laissez *secours*, messieurs ; sans quoi l'on dirait que nous avons mis l'amour à la place de l'argent.

Ce fut beaucoup d'esprit et de bonne volonté pour rien, car, on le sait, M. Cazot n'est plus, mais le vieil article 212 est toujours là. Le Code continue à ignorer l'amour.

UN GRAVE CONFLIT MÉDICAL

Un singulier conflit médical vient de survenir en Espagne.

Un malade se présente à la consultation de l'Institut pour la lutte contre la tuberculose en Catalogne, institut dont le siège est à Barcelone.

Ce malade portait sur le bras une inscription tatouée : « Vive l'anarchie ». Un médecin de l'Institut fit subir au patient une opération consistant dans l'enlèvement de la peau portant le placard, qu'il estimait séditieux et anormal.

Puis il fit une communication sur cette observation, en donnant comme motif d'intervention que le médecin a le devoir de soigner l'âme de ses malades, comme de panser le corps.

Un médecin de Barcelone, le Dr Queralto, estima lui, qu'en se livrant à cette opération, le médecin de l'Institut avait outrepassé ses devoirs médicaux et que l'opérateur et les confrères ayant approuvé son acte méritaient le bagne, au lieu de félicitations.

Les quatre médecins de l'Institut portèrent plainte contre le Dr Queralto et celui-ci fut condamné, pour injure grave, par le tribunal, à 4 peines de 2 ans et 4 mois de bannissement à 25 kilomètres de Barcelone.

Or, la loi espagnole ne connaît ni le sursis ni la grâce, à moins que les plaignants ne retireut leur plainte.

Une des quatre condamnations est confirmée déjà. Dans ces conditions, les médecins espagnols se sont adressés à la presse médicale et aux Associations médicales de tous les pays d'Europe.

La lutte contre la Tuberculose dans les administrations de l'Etat

M. Klotz, ministre des Finances, a été autorisé, par le Conseil des ministres, à déposer sur le bureau de la Chambre un projet de loi destiné à combattre la propagation de la tuberculose dans les administrations de l'Etat et dans les armées de terre et de mer.

Le texte soumis aux Chambres institue, pour les agents reconnus atteints de tuberculose au cours de leurs services, un régime particulier de congés. Suivant la méthode appliquée en vertu du décret du 9 novembre 1853, aux congés ordinaires de maladie, les nouveaux congés spéciaux sont divisés en deux périodes comportant : la première, l'allocation de la solde entière d'activité ; la seconde, un traitement réduit. Mais ces deux périodes, limitées l'une et l'autre à trois mois dans la réglementation de 1853, sont respectivement portées, pour les tuberculeux, à six mois et à quatre ans et demie. La durée totale du congé peut donc atteindre cinq années entières ; elle permettra presque toujours à la terrible maladie d'achever le cycle entier de son évolution. Quant au traitement réduit prévu pour la deuxième période, il sera égal aux deux tiers de la solde d'activité, avec maximum de 200 francs et minimum de 100 francs par mois. Pendant son congé, l'agent tuberculeux ne cessera pas d'acquérir des droits à pension ; mais en vue d'empêcher tout abus, il sera soumis à des examens médicaux périodiques.

Les dispositions concernant les militaires ne s'appliquent ni aux officiers, ni aux sous-officiers et soldats qui accomplissent la période de service obligatoire, la législation actuelle étant suffisante à leur égard. Elles font bénéficier toutes les autres catégories, notamment les rengagés de tous grades, soit d'une gratification renouvelable, soit d'un solde de réforme même dans le cas où il ne peut être établi que la maladie provient des fatigues du service.

On ne peut que féliciter M. Klotz de l'heureuse initiative qu'il vient de prendre.

Cette lutte contre la tuberculose dans les administrations de l'Etat ne profitera pas seulement aux fonctionnaires, mais les effets s'en feront sentir sur la population tout entière.

Ce que boivent certains sobres

La *Normandie médicale* signale un petit détail statistique, relevé dans une grande usine de la ville de Rouen, où les ouvriers gagnent habituellement 4 fr. 80 par jour. Dans certaines circonstances, il y a surcroît de travail et alors élévation des salaires.

Chez un débitant de la ville, le relevé de compte d'un ouvrier rangé accusait, pour une semaine, la somme élevée de 15 fr. 60. Nous avons demandé le détail par jour, et le voici tout net :

6 heures du matin,	eau-de-vie ......Fr.	0.25
8 — —	café	0.60
Midi,	absinthe,..........	0.20
1 heure du soir,	café, ...	0.75
4 — —	café	0.60
7 — —	absinthe	0.20
Total..................		2.60

S'il y a des heures supplémentaires, il faut ajouter un café en plus. En calculant sur trois cents jours de travail, cela fait, en fin d'année, une dépense de 780 francs, en face d'un gain de 1.140 francs.

Il reste donc 360 francs pour le logement, la nourriture et l'entretien !

L'Industrie de la Banane

La République de Costa-Rica a considérablement développé ses plantations de bananiers. Cette culture inconnue à Costa-Rica il y a 25 ans fournit aujourd'hui le principal article d'exportation de la jeune république. Cette exportation, confinée d'abord aux Etats-Unis, s'est étendue par la suite à l'Angleterre ; de 1900 à 1905 elle a doublé, en 1904 elle a atteint le chiffre de 57.600.000 régimes.

Les bananiers ont besoin de grandes pluies pour se développer, mais l'eau ne doit pas séjourner à la surface ni dans la profondeur ; les terres poreuses sont le terrain de choix pour la culture de ces plantes herbacées.

Les travailleurs employés à Costa-Rica sont tous des nègres venus de la Jamaïque : eux seuls peuvent résister à ce travail dans un pays aussi humide et infecté de moustiques.

Un hectare planté de bananiers de grand rendement peut donner dans les meilleures conditions, 200.000 kilogrammes de substance alimentaire.

Sur une même superficie de terre, une récolte de bananes rapporte, en poids 133 fois plus qu'une récolte de froment et 44 fois plus qu'une récolte de pommes de terre.

NOUVELLE CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA

Pathogénie de l'Infection tuberculeuse

Par MM. les Docteurs A. CALMETTE
Directeur de l'Institut Pasteur de Lille
et C. GUÉRIN

Nos recherches antérieures sur ce sujet, faisant suite à celles déjà anciennes de Chauveau (1888) et complétant celles plus récentes de *Von Behring*, de *Römer*, de *J. Bartel*, etc., ont montré — de même que Nocard l'avait établi pour la *morve* — le rôle prépondérant de la contamination par les voies digestives dans la pathogénie de la tuberculose en général et de la tuberculose pulmonaire en particulier. Mais, plusieurs expérimentateurs (*Flügge* et ses élèves en Allemagne, *Kuss*, *Chaussé* en France), s'appuyant sur leurs expériences d'infection artificielle par inhalation, estiment encore que la voie pulmonaire a la plus grande importance comme porte d'entrée du virus et considérant comme intangible la loi jadis énoncée par Conheim, pensent qu'il est toujours possible de reconnaître exactement par les réactions ganglionnaires de voisinage le lieu de l'organisme par lequel le microbe infectant a pénétré.

Les preuves citées par les deux partis adverses ont assurément le tort de s'appuyer sur des expériences d'ingestion ou d'inhalation artificielles (ingestion à la sonde, inhalation forcée ou par séjour dans une atmosphère chargée de germes tuberculeux) et ces conditions sont profondément différentes de celles qui réalisent l'*infection naturelle*.

En vue de mieux élucider la question, nous avons résolu de nous conformer strictement à ce qui se passe pour les bovidés dans une étable. Nous avons aménagé à cet effet une étable d'infection de 100 mètres carrés, à plafond bas, pourvue seulement de deux étroites fenêtres donnant parcimonieusement de l'air et de la lumière. Dans cette étable, cinq vaches de race flamande, adultes, porteuses de lésions tuberculeuses pulmonaires, ont été placées la tête faisant face au mur du fond. A 3 mètres en arrière, côte à côte et le long d'une barre de bois, ont été attachées dix génisses bretonnes âgées de dix mois, indemnes de tuberculose. La pente du sol étanche est disposée de telle sorte que l'urine émise par les vaches tuberculeuses s'écoule, après s'être souillée sur la litière de débris excrémentitiels, sous la rangée des animaux sains, projette des éclaboussures dans la mangeoire commune de ces derniers et souille leur litière.

Nous avons montré précédemment (1) que les déjections des bovidés tuberculeux contiennent des bacilles inoculables aux cobayes. Nous avons vérifié que les excréments de chacune de nos cinq vaches tuberculeuses étaient infectants pour ces animaux. Toutefois, pour égaliser les chances d'infection, nous avons établi un roulement hebdomadaire des places pour nos cinq vaches contagieuses.

L'étable étant ainsi disposée et peuplée, l'expérience a duré onze mois, puis les dix génisses bretonnes ont été soumises à l'épreuve de la tuberculine. Aucune n'a échappé à l'infection. Pour toutes, les réactions, mentionnées plus loin, ont été caractéristiques. Devant ce résultat, l'abatage des dix animaux fut décidé et, pour chaque animal, l'autopsie fut faite avec le plus grand soin, les prélèvements d'organes effectués avec des instruments bouillis.

(1) Annales de l'Institut Pasteur, septembre 1911.

Le tableau ci-après résume nos observations. Le signe + indique la présence de lésions macroscopiquement décelées.

		Lésions tuberculeuses				
Génisses Nos	Réaction à la tuberculine au 11e mois	Ganglions mésentériq.	Ganglions du méd.	Ganglions bronchiques	Ganglions rétropharyng.	Poumons
85.....	2°,4	+	+	+	+	+
86.....	1°,8	0	0	0	0	0
87.....	3°,0	+	+	0	+	+
88.....	2°,0	0	0	+	+	0
89.....	1°,6	0	0	0	0	0
90.....	2°,3	0	0	0	0	0
91.....	1°,4	0	+	0	0	+
92.....	1°,5	0	0	0	0	0
93.....	1°,6	0	0	0	0	0
94.....	1°3,	+	+	+	0	+

Chez *la moitié* de nos génisses (5 sur 10) après un séjour de onze mois dans l'étable infectante, on trouvait donc des lésions visibles, tandis que les cinq autres n'en présentaient aucune, bien qu'ayant réagi d'une façon certaine à la tuberculine. Pour trois de ces dernières, les nos 86, 89 et 90, trois ganglions mésentériques, les ganglions du hile du foie, les médiastinaux, les bronchiques et les rétropharyngiens sont prélevés, triturés en totalité et inoculés séparément sous la peau de quatre cobayes : au total, 20 cobayes pour chaque animal. Quarante-cinq jours après, tous les cobayes, sans exception, sont trouvés tuberculeux à divers degrés.

Bien que cette expérience eût été conduite de telle sorte que l'infection naturelle n'ait pu très probablement s'être réalisée que par la voie intestinale, puisqu'à aucun moment les animaux indemnes n'ont été placés côte à côte avec les animaux tuberculeux, et qu'ils soient demeurés attachés à 1 mètre de distance environ en arrière de ceux-ci, elle ne préjuge en rien de la porte d'entrée du virus tuberculeux. Mais elle nous apporte la preuve que, *dans les conditions de la contagion naturelle, la tuberculose est d'abord une infection générale du système lymphatique, précédant d'assez loin l'apparition des lésions*. Il n'est pas douteux, en effet, que, si nous avions différé l'abatage de quelques mois, nous aurions trouvé à l'autopsie des cinq génisses qui, bien que réagissant à la tuberculine, ne présentaient aucune lésion macroscopiquement visible, des tuberculoses évoluant dans tel ou tel groupe ganglionnaire, sans que la localisation de ces lésions permit d'ailleurs de préciser la porte d'entrée de l'infection.

Nous croyons démontré par cette expérience que la *loi de Conheim* ou *loi des réactions lymphatiques* constamment invoquée à l'appui des faits qui tendent à attribuer à l'infection par inhalation la prépondérance dans la contagion tuberculeuse, n'a plus à intervenir lorsqu'il s'agit d'infection naturelle, telle qu'elle se réalise dans les étables tuberculeuses.

Cette infection naturelle produit d'abord une maladie générale du système lymphatique, susceptible ultérieurement, mais non constamment, de se localiser, de créer des *tubercules* et de développer ainsi des lésions macroscopiquement visibles. Il apparaît donc que la pathogénie de la tuberculose présente manifestement l'analogie la plus étroite avec celle de la morve. Or, l'origine intestinale de la morve pulmonaire n'est plus discutée.

LA CRÉMATION EN ALLEMAGNE

Il a été récemment procédé, à Berlin, à l'inauguration solennelle d'un établissement crématoire municipal. C'est le second des établissements de ce genre dont dispose le royaume de Prusse.

Les Indications de l'Entérectomie

DANS LES

HERNIES ETRANGLÉES

Par M. le Docteur M. MARTIN

Doit-on faire une entérectomie ou un anus contre nature lorsqu'on se trouve en présence d'une anse intestinale étranglée ou suspecte? C'est là une question qui n'est certes pas nouvelle et dont la solution a, du reste, subi des fortunes diverses, l'une ou l'autre opération étant successivement préconisée. A l'heure actuelle, c'est l'entérectomie qui paraît en faveur auprès de la plupart des chirurgiens, lorsqu'ils se trouvent dans des conditions de milieu suffisantes pour la pratiquer. Nous croyons cependant que ce jugement n'est pas sans appel et qu'il y a peut-être lieu, pour des raisons que nous tâcherons d'indiquer rapidement, de changer cette manière de voir.

Voici d'abord trois observations :

OBSERVATION I.

Hernie crurale étranglée depuis 56 heures. — Sphacèle de l'anse étranglée. — Résection de l'anse suivie d'anastomose latéro-latérale. — Mort au quatrième jour.

Le lundi 27 novembre, à 17 heures, j'arrivai, dans une ferme des environs de Lannemezan, auprès d'une femme de cinquante ans qui présentait à droite une hernie crurale ancienne étranglée depuis 56 heures. Le samedi soir, le médecin avait pratiqué le taxis et la hernie s'était réduite en partie, mais le lendemain, elle était de nouveau tendue, douloureuse et le cours des matières dans l'intestin ne s'était pas rétabli. Le médecin proposa alors l'action chirurgicale, mais la malade ne se décida à nous faire appeler que le lundi.

La malade me paraît présenter un excellent état général : pouls à 80 assez bien frappé, pas de fièvre, pas de vomissements ; elle parle avec facilité, ne souffre plus et ne se croirait pas malade si la tumeur n'existait pas. L'absence de selles et gaz depuis le samedi matin, l'existence d'une tumeur crurale non réductible, grosse comme un œuf de poule, tendue, sonore, non fluctuante, légèrement douloureuse à la palpation, sont les seuls symptômes de l'étranglement ; ils sont certes suffisants pour poser le diagnostic de hernie étranglée et conseiller l'intervention immédiate, mais ils nous auraient induit en erreur sur le pronostic, comme ils avaient trompé tout l'entourage, si nous n'avions connu l'insidiosité de l'évolution des étranglements cruraux déjà mise en lumière depuis bien longtemps par Gosselin.

Opération : Rachianesthésie à la novocaïne suprarénine (1 c.c. 1/2, soit 7 centigrammes 1/2 de cocaïne). Au bout de 10 minutes, l'anesthésie est parfaite dans la région opératoire et j'incise. Le sac est facilement isolé des tissus voisins ; je vérifie son issue à travers l'anneau crural, puis je l'ouvre. Il s'écoule une petite quantité de liquide roussâtre dès l'ouverture et nous trouvons à l'intérieur une anse grêle noirâtre, non perforée. Après section de l'anneau d'étranglement, l'anse est attirée à l'extérieur et je constate alors qu'elle présente sur la partie qui était en contact avec le ligament falciforme un sillon d'étranglement très profond, occupant les trois quarts de la circonférence intestinale, blanchâtre, presque d'aspect cicatriciel : il m'est facile de voir cependant que cet aspect blanchâtre est dû à ce que la sérense est seule conservée à ce niveau, les autres tuniques intestinales étant complètement détruites par le sphacèle (j'ai d'ailleurs vérifié ultérieurement l'exactitude de ce fait après avoir incisé l'anse).

L'aspect de l'anse étranglée ne change guère

malgré la suppression de l'agent d'étranglement; elle reste toujours noirâtre et le sillon d'étranglement persiste avec le même aspect. En raison du bon état général de la malade, à cause de l'asepsie de nos instruments et de nos gants dont nous sommes sûr, à cause aussi de l'asepsie à peu près certaine du champ opératoire, largement badigeonné à la teinture d'iode, nous nous décidons à pratiquer la résection de l'anse et à rétablir la continuité de l'intestin par une suture latéro-latérale, ce qui est fait sans difficultés. Nous drainons par deux mèches de gaze laissées en contact de l'anastomose intestinale et nous réunissons les angles de la plaie cutanée par quelques agrafes.

Avant de partir, nous conseillons au médecin traitant de faire des injections de sérum caféiné et de ne donner un lavement purgatif que le troisième jour.

Après l'opération, il y eut un état de choc assez considérable, puis l'état général se releva, l'opérée se sentait beaucoup mieux et se croyait guérie. Le quatrième jour, elle fit brusquement du collapsus et mourut.

Je n'ai malheureusement pu avoir sur les suites opératoires que des renseignements très insuffisants et je ne puis essayer d'établir à quoi a été due la mort : il faut cependant indiquer qu'il ne paraît pas y avoir eu de réaction péritonéale violente, mais que la parésie intestinale persista, puisque le cours des matières ne se rétablit pas.

OBSERVATION II.

Hernie crurale étranglée depuis 24 heures. — Anse suspecte. — Extériorisation de l'anse. — Anus contre nature spontané. — Trois mois après, cure de l'anus contre nature par entérectomie et suture latéro-latérale. — Guérison.

Le 5 août 1912, je fus appelé à Aussac, près Albi. auprès d'une femme de trente-cinq ans qui présentait une hernie crurale étranglée depuis 24 heures. Douleurs légères au niveau de la région crurale, pas de vomissements, mais arrêt complet des matières et des gaz depuis 24 heures. Bon état général, bon facies, pouls à 80. Dans la région crurale droite, je trouvai une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, tendue, légèrement douloureuse à la pression et je fis le diagnostic de hernie crurale étranglée.

Opération : Rachianesthésie à la novocaïne suprarénine (1 c. c. 1/2). L'anesthésie a été surparfaite. Après incision de la peau, je tombe est le sac contenant très peu de liquide et qui presque entièrement rempli par une anse intestinale noirâtre. Après une large incision de l'anneau crural vers le haut, j'attire à l'extérieur l'anse qui conserve sa coloration noirâtre malgré des irrigations chaudes abondantes. Au niveau du point qui correspondait au collet du sac, il y a quelques érosions du péritoine ; de plus, la contractilité musculaire se rétablit mal et l'anse reste dilatée ; cependant, en aucun point, il n'y a de plaque incontestable de gangrène. Il s'agit, en d'autres termes, d'une anse très suspecte, qu'il convient de réséquer ou d'extérioriser : c'est à cette dernière ligne de conduite que nous nous rattachons et, après avoir très largement incisé l'anneau crural, nous laissons l'anse à l'extérieur, sans suture, sur des compresses qui, d'autre part, garantissent la cavité péritonéale contre une infection possible.

Le lendemain et le surlendemain, la malade a vomi, mais le jour suivant l'anse s'étant ouverte à l'extérieur. une abondante débâcle s'est faite, les vomissements ont cessé et l'état général est redevenu excellent.

Nous revoyons la malade le 25 octobre, état général très bon ; les deux bouts de l'intestin s'ouvrent à la peau accolés en canon de fusil et rien ne passe par le bout inférieur. Les matières qui sortent par la fistule stercorale sont complètement digérées.

Nous décidons alors de faire la cure radicale de l'anus contre nature et nous faisons venir la malade à Toulouse pour l'y opérer.

Estimant très important le rôle de la préparation ante-opératoire. nous laissons la malade au repos complet au lit pendant huit jours, lui donnant de fréquents purgatifs, ne permettant comme alimentation que le lait et les œufs afin de désinfecter son intestin dans la mesure du possible.

Opération, le 11 novembre : Rachianesthésie à la novocaïne adrénaline sur la demande de la malade qui refuse absolument l'anesthésie générale. L'anesthésie fut excellente. Dans un *premier temps opératoire septique*, nous fermons la fistule en rabattant sur elle une collerette taillée tout autour et maintenue sur l'orifice stercoral par un surjet. *Dans un deuxième temps*, nous pratiquons l'entérectomie après avoir changé de gants, d'instruments et après avoir largement rebadigeonné le champ opératoire à la teinture d'iode. Nous incisons le tissu cellulaire, puis l'aponévrose du grand oblique au niveau du canal inguinal ; notre but est la découverte du bord inférieur des muscles petit oblique et transverse, au-dessous desquels nous pourrons attaquer l'anse à isoler en péritoine sain. L'opération ainsi conduite a été extrêmement facile et, après avoir incisé les quelques fibres du grand oblique qui existaient encore, nous avons amené à l'extérieur l'anse à réséquer. Nous l'avons alors largement isolé sur des compresses, puis nous avons procédé avec le maximum de sécurité à l'entérectomie et à la suture intestinale latéro-latérale suivant le procédé absolument classique et avec la plus grande facilité.

Pour fermer l'orifice crural, nous avons suturé le bord des muscles transverse et petit oblique aux fibres du ligament de Gimbernat et de l'aponévrose pectinéale par trois points de catgut ; nous avons ensuite reconstitué l'aponévrose du grand oblique par un surjet. Suture de la peau en laissant le passage d'une mèche de gaze qui draine l'espace sous-cutané, en raison de l'infection préexistante de la peau.

Les suites opératoires ont été absolument parfaites. Le matin du troisième jour, la malade prend deux cuillerées d'eau de Janos, un lavement ordinaire et va à la selle abondamment ; deux jours après, elle prend deux cuillerées d'eau de Janos; les fonctions intestinales se sont accomplies depuis d'une façon parfaite sans qu'il soit même nécessaire de donner des lavements. Après la première selle, nous permettons le lait, et, au huitième jour, les purées. L'opérée ne recommence à s'alimenter, normalement qu'au quinzième jour. La cicatrisation a eu lieu par première intention. Quelques gouttes seulement de pus sont sorties par l'orifice de drainage que nous avions ménagé, mais sans retarder la cicatrisation des parties sur lesquelles nous avions posé des agrafes. Un seul petit incident a marqué la période post-opératoire : une parotidite légère à droite, au sixième jour, qui a disparu au bout de quarante-huit heures.

Nous rapprochons de cette observation la suivante qui est la relation d'une cure radicale de fistule stercorale par le même procédé.

OBSERVATION III.

Fistule stercorale consécutive à une hystérectomie laborieuse. — Essai négatif de fermeture de la fistule par suture directe. — Entérectomie et suture latéro-latérale. — Guérison.

M. S..., trente-six ans, était dans le service de mon maître le professeur de Rouville, à Montpellier, quand je fis sa suppléance en août 1910. Elle avait subi, le 9 juillet, une hystérectomie subtotale très laborieuse pour annexite après laquelle M. de Rouville avait laissé un drain abdominal et un drain vaginal. Trois jours après l'opération, au milieu des signes d'une réaction péritonéale vive, il se forma une fistule stercorale à l'orifice du drain abdominal, à la partie inférieure de la plaie. La malade se rétablit d'ailleurs assez vite et, le 26 juillet, M. de Rouville pratiqua une suture de la paroi intestinale fistulisée après décollement des bords, par deux surjets dont le dernier à la Lembert. Le 29, la fistule stercorale se reproduisit. Le 10 août nous décidons de pratiquer une cure radicale par l'entérectomie et nous soumettons la malade au même régime que dans la précédente observation (1).

Opération, le 30 août : Anesthésie à l'éther, à doses fractionnées. La fistule est d'abord fermée par le procédé indiqué plus haut, puis après avoir incisé le tissu cellulaire et quelques fibres musculaires, j'entre en péritoine sain et je libère l'anse intestinale en toute sécurité du dedans vers l'extérieur, du péritoine sain que je reconnais au doigt et à la vue vers la peau. L'anse grêle sur laquelle siégeait la fistule est ainsi libérée, extériorisée et isolée sur un champ de compresses. L'entérectomie et la suture latéro-latérale furent faites aussi facilement que dans le cas précédent. Suture de la paroi en laissant un drainage à la gaze en contact avec l'anastomose intestinale.

Les suites opératoires furent absolument normales et la malade sortit guérie au vingt-sixième jour.

Nous ne saurions évidemment conclure de ces trois observations qu'il faut rejeter l'entérectomie d'urgence (1re observation) pour avoir recours à l'entérectomie en deux temps (2e et 3e observations), mais elles tirent quelque signification, nous semble-t-il, des quelques considérations suivantes :

L'*Entérectomie d'urgence* est toujours une intervention grave. A la vérité, il faudrait, je crois, reviser les statistiques qui accusent pour cette opération une mortalité formidable : Hahn. 47 0/0 ; Mickulicz, 33 0/0 ; Borchard, 36 0/0 ; Mais on ne saurait nier que cette intervention est très grave et cela pour des raisons indépendantes des perfectionnements de technique : défaut de préparation anté-opératoire, distension des sutures intestinales par la débâcle gazeuse et liquide qui suit la levée de l'étranglement, état général et résistance du sujet trop souvent précaires.

L'extériorisation de l'anse suspecte ou la création d'un anus sont au contraire des interventions bénignes par elles-mêmes et seuls les opérés déjà trop intoxiqués par l'étranglement succombent malgré elles; *a fortiori* ne pourraient-ils pas supporter l'entérectomie. Pour les autres opérés, on a paré au danger immédiat, leur vie est sauvée. Le résultat de cette conduite opératoire est le plus souvent un anus contre nature persistant qu'il faut traiter ; mais et, c'est ici le facteur nouveau, l'entérectomie dans ces cas-là a grandement bénéficié des progrès de la technique chirurgicale, sa gravité est bien inférieure à celle de l'entérectomie d'urgence. Delore et Thévenot la fixent à 10 0/0 (*Lyon chirurgical*, 1909) et peut-être convient-il de la diminuer dans les cas d'anus consécutifs à l'étranglement herniaire. Il est, en effet, des cas de fistules stercorales consécutives à la tuberculose, à des abcès appendiculaires, peut-être aussi à des gangrènes herniaires ayant évolué spontanément, qui nécessitent des interventions très complexes aggravant incontestablement le pronostic. Dans les cas qui nous occupent, il n'en est généralement pas de même. Il est d'abord facile de transformer une opération éminemment septique en une opération aseptique en fermant l'orifice intestinal par une collerette cutanée rabattue et suturée sur lui, en faisant ensuite une désinfection soigneuse du champ opératoire avec de la teinture d'iode : on peut alors pénétrer dans la cavité péritonéale avec autant de sécurité qu'au cours d'une laparotomie ordinaire. L'anse intestinale à réséquer est facile à trouver et à isoler puisqu'elle passe à travers un orifice herniaire dont la situa-

(1) J'ajoute que la malade présentait aussi une petite fistule recto-vaginale qui ne communiquait pas avec la fistule abdominale ; elle guérit d'ailleurs spontanément par la suite.

tion exacte nous est connue, de telle façon qu'il est facile de prévoir à l'avance les rapports de l'anse avec divers points de repère de la paroi, et qu'on peut par conséquent l'isoler et l'extérioriser sans la perforer. Ajoutons aussi qu'une bonne préparation préopératoire permet de réduire au minimum les tiraillements qu'exercent sur les sutures les matières intestinales et de relever l'état général pour que l'opération présente le maximum de chances de succès.

Il n'est pas inutile d'insister là-dessus, car on lit dans un article de Paul Delbet (*Presse médicale*, 1904, p. 574) que cet auteur apprécie ainsi ces procédés : « On se livre dans une région infectée à des manœuvres complexes, c'est pourquoi la méthode ne doit pas être conservée » ; et il arrive à cette conclusion : « L'exclusion et l'entéro-anastomose sont supérieures à la résection ». Pour comprendre ce jugement qui était très défendable il y a huit ans, il suffit de remarquer que M. Delbet décrit ainsi le premier temps de l'opération : « Faire tamponner la fistule par un aide au moment de l'intervention, aseptiser la paroi, puis inciser ». On n'usait pas à ce moment de la teinture d'iode et dans le cas particulier, elle réalise un progrès énorme M. Delbet ne pratiquait pas l'incision en collerette pour fermer la fistule qui est aussi un progrès considérable. Il nous paraît d'ailleurs probable qu'à l'heure actuelle son opinion n'est plus la même.

En somme, les éléments du problème nous paraissent ceux-ci : l'*entérectomie d'urgence* est très grave ; l'*entérectomie en deux temps* paraît à l'heure actuelle beaucoup moins dangereuse ou, en d'autres termes, le traitement idéal d'une anse sphacélée ou suspecte est son exeision suivie du rétablissement de la continuité intestinale ; mais au lieu de la pratiquer en un temps, n'y a-t-il pas avantage à faire l'opération en deux temps ?

A la campagne et à la ville, les conditions diffèrent évidemment. A la campagne, l'entérectomie d'urgence, à peu près impossible à tenter il y a quelques années, est possible avec les moyens actuels de désinfection ; mais le local où l'on est obligé d'opérer est un facteur de gravité ; mais et surtout les opérés sont trop souvent privés de la surveillance post-opératoire si nécessaire en pareil cas. La mortalité doit être énorme dans ces conditions et nous pensons que l'opération en deux temps doit être la règle.

A la ville, les conditions sont évidemment meilleures ; mais pour les raisons plus haut indiquées la mortalité demeure considérable.

Je laisse de côté l'avantage cependant réel que peut présenter l'extériorisation de l'anse en permettant la réintégration ultérieure d'une anse suspecte dont la vitalité s'est rétablie. L'*anus contre nature* présente, certes, des inconvénients : l'infirmité qu'il constitue n'est que temporaire, le meilleur argument contre lui est la dénutrition qui en résulte lorsqu'il siège sur une anse voisine du duodénum ; mais il est possible d'obvier à cette insuffisance de la nutrition par divers moyens : alimentation par le bout inférieur, alimentation par le rectum, alimentation par la voie sous-cutanée ; un malade auquel on a pratiqué une jéjunostomie voit son état général se relever, il n'y a pas de raison pour qu'il n'en soit pas de même dans les cas qui nous occupent. Cependant, il n'est pas douteux que les malades porteurs d'anus contre nature, même situés en lieu convenable, s'affaiblissent à la longue. Il n'est pas nécessaire d'attendre très longtemps pour pratiquer l'entérectomie, et il est toujours possible, croyons-nous, de relever pour ce moment-là, l'état général de telle sorte que le malade puisse supporter l'intervention dans de bonnes conditions.

Mais, quoi qu'il en soit de ces considérations, la question n'est pas jugée ; il nous paraît seulement qu'elle a un peu changé d'aspect. Voilà pourquoi il nous paraîtrait utile à l'heure actuelle de faire le bilan de ces opérations ; voilà pourquoi nous serions heureux que nos collègues de la Société de chirurgie de Toulouse apportent à la tribune les documents personnels qui peuvent avancer la solution de ce problème (1).

REVUE CLINIQUE

Les foyers d'hépatisation pneumonique « silencieux » et la radioscopie

Par MM. les Docteurs WEIL et G. MOURIQUAND

I

Les classiques ont signalé — et Cadet de Gassicourt est sur ce point très affirmatif — l'apparition souvent tardive des signes stéthoscopiques d'hépatisation pulmonaire dans la pneumonie de l'enfant. Celle-ci évoluerait dans plus de la moitié des cas d'abord avec son cortège de symptômes généraux (fièvre, vomissements), puis se montreraient ensuite (vers le 4e, le 5e, le 9e jour quelquefois) les signes pneumoniques, caractéristiques avec la matité, le souffle, les râles fins.

L'observation attentive de plus de 350 cas de pneumonie infantile nous a montré la réalité et la fréquence de ce tableau clinique consacré.

Les anciens auteurs qui voyaient dans la pneumonie une pneumopathie pure, admettaient tous — qu'il se manifestât ou non — un foyer d'hépatisation pulmonaire à l'origine de cette maladie. Pour eux, si dans nombre de cas le foyer ne se révélait pas d'emblée à l'oreille, c'est qu'il était primitivement profond, « central », séparé de la paroi par une épaisseur de parenchyme sain interceptant le souffle et les râles ; Cadet de Gassicourt parlait alors de « pneumonie centrale ». Puis le foyer d'hépatisation gagnait la périphérie pulmonaire et se manifestait nettement à l'oreille. Pour marquer cette évolution vers la périphérie l'un de nous avait même admis le terme de « pneumonie centrifuge » qu'il a depuis abandonné.

M. le professeur R. Lépine nia le premier, au nom de la clinique, l'existence de cette pneumonie centrale et Weill et Thevenot éclairés par la radioscopie ruinèrent cette conception purement hypothétique.

Avec Landouzy, Widal, Joltrain, Weill et Mouriquand la pneumonie devint une maladie générale, une « pneumococcie » avec manifestation pulmonaire secondaire plus ou moins intense et plus ou moins précoce. L'absence de signes pulmonaires d'hépatisation devint alors — à peu de chose près — synonyme d'absence de lésions pulmonaires. On alla jusqu'à écrire que lorsque la radioscopie montrait une ombre, l'auscultation faisait entendre des signes caractéristiques et *vice-versa*. Pas de symptômes sans ombre, pas d'ombre sans symptômes.

Là — comme toujours en biologie — la formule était trop étroite et trop absolue.

Les examens radiologiques que nous avons pratiqués chez nos pneumococciques nous permettent d'atténuer la rigueur de cette première formule et d'apporter des précisions nouvelles.

II

La pneumonie centrale n'existe pas. — Nous hésiterions à affirmer à nouveau cette vérité, généralement admise, si nous n'apportions un argument personnel en sa faveur :

Nos recherches radiologiques sur le triangle d'hépatisation primitif nous ont en effet montré que la base de ce triangle d'ombre était toujours corticale et généralement axillaire. Même dans les cas — où comme nous le verrons — ce triangle ne se manifestait par aucun signe stéthoscopique, sa base était corticale. Jamais la radioscopie ne nous a révélé un foyer central sans rapport avec la périphérie pulmonaire.

(1) Soc. de chir. de Toulouse.

Ces données radiologiques — que nous avons les premiers fait connaître — concordent d'ailleurs exactement avec les données anatomiques de Tripier, qui indiquent le début toujours cortical et souvent triangulaire de l'hépatisation pneumonique.

III

La radiologie peut révéler un foyer d'hépatisation triangulaire et cortical en l'absence de tous signes stéthoscopiques.

Dans nombre de cas si la pneumonie centrale n'existe pas, *tout se passe*, cliniquement, *comme si elle existait.*

Les signes généraux évoluent pendant plusieurs jours, puis tardivement le souffle et les râles apparaissent. Avec les conceptions nouvelles nous expliquons ainsi ces faits : il existe d'abord une phase de pneumococcie, puis tardivement une phase de localisation pulmonaire (pneumonie). Cette conception qui paraît généralement justifiée ne l'est pas dans tous les cas : nous parlons encore de « pneumococcie », d'infection générale, dans des cas où déjà existe le foyer d'hépatisation pulmonaire, que l'auscultation ne révèle pas. Ce sont des foyers d'hépatisation « silencieux », généralement triangulaires, dont la radiologie seule indique la présence insoupçonnée. A cette phase le patient paraît encore « en infection pneumococcique » alors que la pneumonie existe déjà.

Ces cas, qui paraissaient rares au début de nos recherches, se montrent à nous de plus en plus fréquemment. Nous pouvons même dire que dans le milieu hospitalier — en raison de l'arrivée tardive des malades, — nous saisissons assez rarement la période d'infection pure, — et que de plus en plus les cas naguère étiquetés « pneumococcie » rentrent dans le cadre nouveau — que nous essayons de tracer ici — des foyers d'hépatisation « muet ». Parfois ces foyers ne sont à la vérité « muets » qu'en apparence, car après l'examen radioscopique qui nous permet de localiser très exactement notre auscultation, celle-ci nous révèle parfois une *diminution du murmure vésiculaire* qui nous semble un des meilleurs et des premiers symptômes d'hépatisation. Mais dans d'autres cas — surtout fréquents chez le nourrisson — le foyer cortical pneumonique existe à la radioscopie et ne se révèle pas à une auscultation attentive. Parfois encore la percussion dénote une submatité, alors que la stéthoscopie ne fait rien entendre ; mais nombreux sont les cas où le foyer d'hépatisation ne se traduit au début par aucun signe clinique.

Le foyer d'hépatisation révélé par la radioscopie peut être passagèrement « muets » (cas fréquents) ou demeurer silencieux pendant toute son évolution (cas plus rares).

Nous donnons ici quelques exemples de ces deux catégories, empruntés à la pneumonie du nourrisson.

IV

Foyers d'hépatisation « silencieux » (radioscopie seule positive au début — apparition tardive des signes stéthoscopiques).

Pneumonie du sommet droit.

L. Charles. — 7 décembre. *Radioscopie* : triangle d'hépatisation pneumonique des plus nets au sommet droit.

Stéthoscopie : bronchite diffuse, pas de souffle, pas de râles fins, pas de signes d'hépatisation.

10 décembre. *Radioscopie* : persistance de l'ombre, tendance extensive.

Stéthoscopie : apparition d'un souffle sous la clavicule droite.

La radioscopie a révélé le foyer triangulaire à base corticale, 3 jours avant l'auscultation.

Et. Marce', 18 mois.

9 avril. Pas de signes d'hépatisation à l'auscultation.

10 avril. *Stethoscopie* : négative.

Radioscopie : ombre triangulaire très nette au sommet droit.

14 avril. *Percussion* : matité en avant sous la clavicule droite.

Stéthoscopie ; absolument négative.

2 avril. *Percussion* : matité nette en avant et en arrière du sommet droit.

Stéthoscopie : absolument négative ; ni souffle ni râles.

Radioscopie : triangle d'hépatisation.

13 avril. Matité sans souffle ni râles (défaut d'expansion).

Radioscopie : entension de l'ombre vers l'extrême sommet.

14 et 15 avril. *Idem*.

16 avril. *Stéthoscopie* : positive pour la première fois, expiration soufflante sans râles. Ces signes persistent deux jours.

Ordre d'apparition des signes :

1° Radioscopiques ;

2° Matité ;

3° Souffle très tardif (veille de défervescence).

C. Yvonne, 2 ans.

1re *atteinte*, 30 novembre 1911. La radioscopie est seule positive le 1er décembre. Les signes stéthoscopiques n'apparaissent que le 2.

2e *atteinte*, 29 mars 1912. Troubles gastro intestinaux. Pas de signes stéthoscopiques d'hépatisation pulmonaire.

Mêmes signes jusqu'au 2 avril. Une défervescence brusque fait songer à la pneumonie qu'aucun signe n'a révélé.

Radioscopie : le sommet droit tout entier est obscur « ombre en casque » : l'auscultation après la radioscopie est négative.

Signes d'auscultation : n'apparaissent que le 3 ; souffle dans l'aisselle.

Foyer d'hépatisation du sommet gauche.

B. Augustine, 18 mois.

9 avril. *Radioscopie* : triangle d'hépatisation caractéristique.

Stéthoscopie : l'auscultation pratiquée au niveau de cette ombre ne révèle aucun signe d'hépatisation (ronchus).

Ch. Francisque, 17 mois.

17 novembre. Signes de bronchite diffuse ; pas de foyer.

18 novembre. Pas de signes de foyer à l'auscultation.

Radioscopie : triangle axillaire du sommet droit encore pâle, mais très net.

20 novembre : aujourd'hui seulement sont apparus les signes caractéristiques de l'hépatisation à l'auscultation.

V

Foyers d'hépatisation radioscopique sans apparition, même tardive, de signes stéthoscopiques.

Grif... Irma, 20 mois.

10 septembre. Température : 40°

Auscultation : ni souffle, ni râles.

Radioscopie : ombre nettement triangulaire (petit triangle) au sommet droit.

Jamais de signes stéthoscopiques au cours de l'évolution.

Le G... Marcel, 20 mois.

Radioscopie : obscurité diffuse du sommet droit le 17 février, aboutissant le 26 février à un triangle de retour.

Stéthoscopie : constamment négative.

Foyer d'hépatisation de la base droite.

G... Gr... Germaine, 12 mois.

23 février. Température : 40°. Pas de signes stéthoscopiques.

Radioscopie : foyer d'hépatisation ; triangle à base axillaire ; jamais de signes d'auscultation.

VI

Notre première catégorie d'observations correspond aux cas classiques étiquetés « pneumonie centrale » ou « centrifuges. » Ils montrent que dans ces cas la pneumonie centrale n'existe pas, mais que cette absence de signes stéthoscopiques n'implique pas la « pneumococcie pure » puisqu'un foyer existe radiologiquement.

La deuxième catégorie de nos cas (celle où l'image radioscopique a été la seule manifestation de la pneumonie) présente un très grand intérêt nosologique. Ces cas à aucun moment — en l'absence de la radioscopie — n'auraient pu être étiquetés pneumonie avec certitude. Ainsi, grâce aux rayons X, s'étend le domaine de cette affection, particulièrement chez le nourrisson.

VII

Pourquoi ces foyers d'hépatisation demeurent-ils un certain temps silencieux ou le restent-ils pendant tout le cours de leur évolution ? C'est ce qu'il nous est impossible d'expliquer avec précision. Nous restons pour l'instant sur le domaine du fait. Nous relèverons pourtant comme cause possible de cette évolution silencieuse, l'immobilisation si fréquente du sommet dans la pneumonie (défaut d'expansion sous-claviculaire de Weill), la faible extension du foyer prohablement sans rapport avec les bronches de gros calibre, le bloc hépatisé ne pouvant alors transmettre les gros bruits bronchiques.

C'est d'ailleurs au sommet que les foyers d'hépatisation sont le plus habituellement silencieux. (Voir nos observations). C. de Gassicourt signalait déjà ce fait, sous une forme incorrecte, en disant que les pneumonies centrales sont plus fréquentes au sommet qu'à la base (2/3 des cas au sommet).

Sans doute faut-il aussi tenir compte dans certains cas de la position haute du foyer, correspondant parfois à l'extrême sommet de l'aisselle ou situés en regard de l'articulation scapulo-humérale (région inauscultable).

Nous signalerons aussi en terminant que l'ombre radioscopique « de retour » peut persister un certain temps, alors que tous signes stéthoscopiques ont depuis longtemps disparu — sans que nous puissions en donner la raison.

VIII

En résumé, des foyers d'hépatisation pneumonique à base corticale peuvent exister en l'absence de signes stéthoscopiques et être révélés uniquement par la radioscopie. Ces foyers peuvent demeurer « silencieux » pendant tout le cours de leur évolution, ou se révéler tardivement à l'oreille. Leur connaissance permet de faire le diagnostic précoce de la pneumonie et d'affirmer cette pneumonie, alors que la pneumococcie paraît encore seule en cause (1).

REVUE DE PATHOLOGIE

La composition chimique du cancer du foie

M. le professeur Albert Robin, vient de présenter sur cette question, à l'Académie de médecine, un important travail dont voici les conclusions :

1° Le foie cancéreux, considéré à l'état sec, tend à s'enrichir en principes inorganiques.

2° Les régions cancérisées sont plus minéralisées que les régions relativement saines, sauf en ce qui concerne la magnésie dans le cancer hépatique à marche rapide.

3° La surminéralisation ne porte pas sur tous les principes inorganiques. Certains d'entre eux sont en excès, d'autres sont déficitaires.

4° Les principes fixés en excès, à divers degrés, sont le phosphore, la soude, la potasse, la magnésie et la silice.

5° Les principes déficitaires sont la chaux et le fer.

6° Aucun de ces deux caractères n'est spécifique du sol cancéreux, puisque j'ai constaté aussi le déficit de la chaux dans le foie de trois phtisiques, du fer dans le foie d'un d'entre eux, et que la potasse est accrue aussi bien dans le foie cancéreux que dans celui de deux phtisiques sur trois.

7° Il paraît résulter des analyses du foie cancéreux et du poumon tuberculeux que l'activité de construction néoplasique utiliserait plus de soude que de potasse, alors que la construction tuberculeuse emploierait plus de potasse que de soude.

8° La silice, le phosphore, la potasse, la soude et la magnésie semblent être des agents de construction cellulaire néoplasique, mais sans spécificité pour le cancer, tandis que les matériaux déficitaires représenteraient plutôt des agents de défense organique.

9° La teneur en silice est plus grande dans les régions très atteintes que dans celles relativement saines.

10° La silice étant l'un des éléments minéraux pour ainsi dire spécifiques de la construction des tissus conjonctifs et fibreux, son augmentation peut-être considérée — contrairement aux autres principes fixés — comme l'expression d'un effort défensif de l'organisme, effort que l'organe intéressé utilisera ou non, suivant les formes de la néoplasie et ses aptitudes évolutives.

11° L'hypothèse précédente sur le rôle de la potasse comme agent de construction cellulaire néoplasique et de la chaux comme agent minéral de défense organique est confirmée par les expériences récentes de GOLDZIEHER.

12° Le fait que le tissu cancéreux du foie possède la propriété de fixer certains éléments minéraux ouvre une voie aux recherches thérapeutiques. On sait déjà qu'il fixe l'iode (LOEB et VAN DER VELDEN), l'arsenic en combinaison organiqué (F. BLUMENTHAL) et le sélénium (WASSERMANN).

Il n'est donc pas irrationnel d'espérer que des recherches cliniques et expérimentales permettront de découvrir le principe inorganique qui, muni des fixateurs capables de s'accrocher aux cepteurs des éléments chimiques constituants de la cellule cancéreuse, sera capable d'exercer sur celle-ci une action modificatrice et peut-être thérapeutique. C'est dans ce sens que j'ai orienté de nouvelles recherches.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

L'embolie pulmonaire post-opératoire

On sait qu'à la suite des interventions chirurgicales, en particulier des interventions gynécologiques, surviennent parfois des thromboses infectieuses qui déterminent des embolies pulmonaires.

Que peut-on faire contre ces accidents ?

D'après M. Roziés, interne des hôpitaux de Marseille, divers moyens peuvent être employés en vue de prévenir leur production.

Ces moyens consistent en soins pré-opératoires en soins opératoires et en soins post-opératoires.

1° SOINS ANTÉOPÉRATOIRES. — Ils seront généraux ou locaux.

a) Généraux, ils comprendront essentiellement l'évacuation de l'intestin par un purgatif énergique suivant les conseils de Hockenegg et de Frenkel, qui voient dans l'infection gastro-intestinale une cause fréquente de thrombose ; ils comprendront en outre l'auscultation minutieuse et attentive du malade, l'examen des urines et l'examen du sang, d'où pourront résulter, avant l'intervention, des indications thérapeutiques d'ordre médical sans doute, mais de la plus haute importance.

b) Locaux, ils consisteront essentiellement dans la préparation très consciencieuse du champ opératoire soit par la méthode lente ancienne, soit par la méthode rapide de Grossich, de Vienne.

(1) Soc. médic. des hôp. de Lyon.

2° Pendant l'intervention.

a) Connaissant, depuis Virchow, le rôle de la stase sanguine dans la pathogénie des phlébites, on évitera la compression des vaisseaux poplités par l'angle de la table, si redoutée par Stranek (de Moscou).

b) On diminuera le plus possible le maintien des opérées en Trendelenburg.

c) On évitera la flexion forte des jambes sur les cuisses, suivant la recommandation de Olshaussen (de Berlin). Pour cela, il suffira de fixer les malades sans plier les genoux, en les soutenant à l'aide d'épaulières. Olshaussen a pratiqué ainsi 118 myomectomies sans voir survenir une seule embolie pulmonaire.

d) On évitera l'emploi comme anesthésique de l'éther pur. Certains chirurgiens allemands, qui avaient remarqué la fréquence plus grande des embolies après les interventions dans lesquelles on avait employé exclusivement l'éther pour l'anesthésie, ont adopté, pour éviter cet accident, l'emploi des anesthésiques mixtes. Il sera également bon de faire précéder toute anesthésie d'une injection sous-cutanée de scopolamine ou atropine morphine. Kummel et Kotzenberg ont vu diminuer dans des proportions considérables les complications post-opératoires depuis qu'ils emploient cette méthode.

e) Enfin connaissant le rôle important joué par l'infection dans la production de la tuberculose, le chirurgien devra redoubler de précautions et surveiller plus que jamais l'asepsie de ses mains, du champ opératoire, des instruments, éviter les traumatismes, la surdistension de la paroi par les écarteurs, les piqûres des vaisseaux, etc. L'opération devra être, autant que possible, rapide et rigoureusement aseptique.

3° Soins post-opératoires.

a) Immédiatement après l'intervention, on transportera le malade dans son lit en position renversée, la tête basse.

b) A l'exemple de Sippel, on aura soin de faire incliner le lit du malade pendant deux jours au moins, de façon à ce que, à moins de contre-indications nettes (drainage par en bas), l'opéré reste couché la tête plus basse que les pieds.

c) On évitera, se rappelant qu'il favorise la coagulation du sang en stagnation, l'injection intra-veineuse de sérum salé.

d) Sauf dans le cas de vomissements, on se souviendra que Meiner (de Dresde), accusant dans la production des phlébites, la concentration excessive du sang, recommande de faire boire abondamment les opérés.

e) On soutiendra le cœur, si cela est nécessaire, par des toniques appropriés ; on se rappellera qu'à l'heure actuelle, l'huile camphrée à hautes doses jouit d'une vogue qui paraît bien méritée.

f) Suivant le conseil de Chantemesse, on aura recours aux anticoagulants. L'acide citrique, recommandé par lui, sera administré à la dose de 12 à 18 grammes par jour. Son administration pourra être contrôlée et réglée par l'examen de la coagulabilité du sang.

g) Enfin et surtout on aura à se prononcer sur la durée du séjour au lit du malade et à fixer la date du lever. Nous n'avons pas l'intention de rappeler ici la longue querelle et les discussions interminables que cette question soulève tous les jours parmi les chirurgiens. Trois méthodes se trouvent en présence.

1° La méthode ancienne du lever au vingt-unième jour ;

2° La méthode plus récente du traitement ambulatoire des opérés.

3° Enfin une méthode moyenne, de réduction de l'alitement.

La méthode ancienne du lever au vingt-unième jour, autrefois acceptée par tous les chirurgiens, a vu naître, à côté d'elle, il y a une dizaine d'années, une méthode nouvelle préconisant le lever des malades le lendemain ou le surlendemain de l'opération. C'est le traitement ambulatoire des opérés de laparotomie, imaginé par deux gynécologues. Ries (de Chicago) et Boldt (de New-York). Cette méthode fut tentée ensuite et adoptée par quelques gynécologues allemands, Kroning, Doderlein, Landan, Kotzenberg et Kummel. Parmi les avantages de la méthode, il faut citer au premier rang la diminution notable des thromboses et embolies post-opératoires, « car, écrit Kummel (*Archiv. f. klin. Chir.*, 1908, t. LXXXVI, p. 94), la respiration est plus facile, la circulation plus active, conditions plutôt défavorables à la production des thromboses ». La mortalité opératoire tombait, par cette méthode, de 10 0/0 à 1,8 0/0 (Kotzenberg). Nous élèverons contre cette méthode deux objections capitales : 1° elle a des contre-indications formelles que l'on a pu résumer en cette formule : « anémie, fièvre, suppuration, drainage » (Tuffier et De Rouville ; Congrès de chirurgie, octobre 1909) ; 2° elle n'a pas donné, entre toutes les mains, les brillants résultats espérés. Borelius (d'Utrecht) a vu survenir, par cette méthode, des embolies. Arndt (de Berlin), a observé, malgré le lever précoce, des thromboses qui nécessitent le retour au lit. Korte (de Berlin), qui avait essayé la méthode, a vu survenir une embolie mortelle et, dans un autre cas, une thrombophlébite.

Ainsi donc, à l'heure actuelle nous pouvons rejeter cette méthode. Dans bien des cas et sauf contre-indications, il sera cependant bon de réduire la durée du séjour au lit ; l'alitement pendant trois semaines ne mettant pas à l'abri des thrombophlébites. C'est à la solution moyenne que nous devrons alors nous arrêter.

Les embolies étant surtout fréquentes entre le sixième et le dixième jour, on pourra permettre chez les opérées susceptibles de le supporter, le lever au dixième ou douzième jour, le lendemain ou le surlendemain de l'ablation des fils, Sur le pansement on aura soin de placer une bonne sangle contentrice.

Dans le cas où la malade anémiée ou suppurante devrait garder le lit, c'est « le repos actif » que l'on adoptera avec les frictions sèches quotidiennes, les mouvements passifs de flexion et d'extension des membres, dont la malade pourra tirer un excellent bénéfice.

REVUE DE PHYSIOLOGIE

La Durée de la Circulation pulmonaire

Par MM. les Docteurs J. P. LANGLOIS
et G. DESBOUIS

La vitesse de translation du sang dans l'organisme peut être étudiée soit par des hémato-chromètres, donnant la vitesse du courant sanguin en un point déterminé, soit par des procédés permettant de déterminer le temps nécessaire pour la traversée de l'organisme ou d'un viscère déterminé.

Ce dernier procédé a été employé pour la première fois pas Haring qui injectait du ferrocyanure dans une veine et recherchait l'apparition de la réaction caractéristique dans un vaisseau éloigné. Mais la méthode de Haring avait le grand inconvénient de ne fournir qu'une seule détermination.

La méthode imaginée par Stewart offre cet avantage de permettre la multiplication des mesures. Stewart, mesurait les variations de résistivité provoquée dans le sang par l'injection d'une solution saline concentrée. Nous avons modifié légèrement la méthode de Stewart et notre technique se rapproche plus de celle de Steinhaus.

Un tube en verre du diamètre de la carotide et portant deux tubulures latérales est introduit dans la carotide. Les deux tubulures renferment des lames de platine formant électrode et reliées à un pont de Weastone. Toute injection de solution saline concentrée faite à distance, dans la jugulaire on dans la saphène par exemple provoquera au moment où le liquide à faible résistance arrive dans le tube de verre une rupture d'équilibre dans le pont et un déplacement du spot du Galvanomètre.

En moins de deux secondes l'équilibre est rétabli et une nouvelle détermination peut être faite.

Dans plusieurs expériences nous avons pu ainsi suivre les variations de la vitesse de circulation de minute en minute enregistrant simultanément la pression et la respiration.

Près de 3.000 déterminations de temps de circulation pulmonaire ont été faites actuellement dans les conditions les plus diverses.

Dans une première série de recherches nous avons établi qu'en dehors de la taille, les variations d'ordre physiologiques de la pression du rythme cardiaque, de la respiration n'apportent pas de modifications appréciables dans la vitesse de circulation pulmonaire.

Nous avons alors commencé une étude générale des variations apportées par des facteurs divers. Dans cette note nous résumerons brièvement les résultats déjà obtenus et qui se rattachent à l'influence de l'asphyxie de l'apnée et d'agents thérapeutiques comme l'adrénaline, la digitaline, le chloroforme et l'éther.

Asphyxie. — Pendant l'asphyxie aiguë provoquée par la fermeture de la trachée, le temps de circulation pulmonaire est très augmenté et cette augmentation se produit graduellement, très nette pendant la période des mouvements dyspnéiques, plus forte encore pendant l'apnée consécutive.

Ainsi pour un temps normal de six secondes, on note successivement pendant l'asphyxie dix, vint-quatre, vingt-six secondes, alors que l'apnée provoquée par la respiration artificielle forcée ne détermine aucune modification dans la durée de la traversée pulmonaire.

L'adrénaline provoque des ralentissements énormes, jusqu'à quatre-vingt-dix secondes et bien que les grands rallentissements coïncident avec l'apnée adrénalinique, la cause doit être cherchée en dehors des mouvements de la cage thoracique. Le retard s'observe en effet même quand la respiration n'est pas modifiée (troisième injection successive d'adrénaline) et, enfin chez l'animal curarisé et respirant uniquement par des procédés artificiels.

Nous avons pu par cette méthode montrer la vaso-constriction intense des vaisseaux pulmonaires et l'influence des pneumogastriques sur cette vaso-constriction.

L'étude de l'adrénaline nous a permis de montrer encore un autre fait intéressant. Les effets opposés de la même substance suivant la dose utilisée. Si un milligramme d'adrénaline provoque un retard considérable dans la traversée pulmonaire, un quarantième de milligramme détermine une accélération. L'adrénaline constrictrice à haute dose est dilatatrice à très faible dose.

La digitaline à dose thérapeutique détermine une accélaration du sang dans le poumon, mais ici l'action est surtout cardiaque ; à dose toxique on note au contraire un retard considérable.

L'action antagoniste du chloroforme et de l'éther, a souvent été opposée. Il nous a paru intéressant de connaître leurs effets sur la durée de la circulation pulmonaire.

Sur un chien préalablement anesthésié par le chloralose suivant d'ailleurs une règle constante dans ces recherches, on administre en inhalation successivement du chloroforme puis de l'éther, Avec le chloroforme le temps de circulation passe de six secondes à 10 secondes revient à six secondes quand on cesse le chloroforme puis avec l'éther tombe à quatre, cinq et quatre secondes. Ce qui revient à dire qu'en représentant par cent la durée de circulation normale, avec le

chloroforme cette durée atteint cent cinquante et avec l'éther descend à soixante-six.

Nous n'avons pas ici la prétention de trancher la question si controversée de la supériorité de l'un de ces anesthésiques sur l'autre, nous nous contentons aujourd'hui du moins d'apporter un nouvel élément aux connaissances déjà acquises sur les effets opposés de ces substances sur la circulation et plus spécialement sur la circulation pulmonaire.

REVUE DE CHIRURGIE

Appareils à extension continue pour le Traitement des fractures

par M. le Docteur JUDET

Il se donne comme but de tirer sur le membre blessé sans immobiliser les articulations sus et sous-jacentes à la fracture.

Le point d'appui de l'extension est un bandage adhésif : les emplâtres modernes à base d'oxyde de zinc et de caoutchouc permettent d'exercer des tractions relativement très fortes, tout en étant très bien supportées par les téguments.

Pour le membre supérieur, il réalise des appareils ambulatoires : la force de traction est obtenue par la compression de ressorts à boudin. L'avant-bras est maintenu en supination pour éviter la rotation en sens inverse des fragments. Dans cinq cas, cet appareil a donné un très bon résultat fonctionnel ; la réunion bout à bout n'a pas été obtenue.

Pour la jambe : 1° La correction dans le sens antéro-postérieur en utilisant ce détail anatomique que si l'on place la face postérieure de la jambe sur un plan résistant (une attelle par exemple) le mollet et le talon portent simultanément.

2° La correction dans le sens latéral est atteinte en fixant le pied à une semelle verticale.

3° La correction de chevauchement est due à un poids de 5 à 8 kilogrammes tirant sur le fragment distal. La poulie de réflexion est fixée sur l'appareil de telle sorte que l'extension se fait nécessairement dans le bon axe. Il n'y a plus à se préoccuper de fixer plus ou moins laborieusement une poulie indépendante au pied du lit. Cet appareil ainsi conçu a donné un bon résultat dans un cas de fracture à trois fragments et à grand déplacement.

REVUE DE PÉDIATRIE

Respiration artificielle chez le jeune enfant Méthode de Ssokolow

Par le Docteur Maurice DUBOIS

Le professeur Ssokolow (1), chef du service de pédiâtrie à l'Institut de médecine pour femmes, à Saint-Pétersbourg, a récemment exposé une intéressante méthode de respiration artificielle chez le jeune enfant, qu'il a élaborée et qu'il pratique depuis une vingtaine d'années.

Le temps inspiratoire consiste essentiellement en une extension de tout le corps sur son plan dorsal et le temps expiratoire, en une flexion sur le plan ventral.

L'enfant est placé sur une table, couché sur le dos, la tête portant à faux sur le bord de la table, la nuque soulevée par un appui qui soit ferme sans être trop dur (un drap de lit roulé, par exemple). L'opérateur, debout à la droite de l'enfant, saisit de la main gauche la tête au niveau de l'occiput ; la paume de la main droite est appliquée sur la face postérieure des cuisses, le pouce d'une part et les quatre autres doigts d'autre part des genoux réunis. Pour exécuter le mouvement expiratoire, on fléchit simultanément la tête, jusqu'à faire toucher du menton le manubrium sternal et les cuisses, jusqu'à mettre leur face antérieure au contact de la paroi abdominale antérieure ; dans ce mouvement, la colonne vertébrale elle-même subit une flexion sur son plan ventral. Le temps inspiratoire consiste à étendre complètement les cuisses sur le bassin, en même temps qu'on porte la tête en hyperextension dorsale. Ces manœuvres sont naturellement exécutées, ainsi que dans les autres méthodes, suivant le rythme respiratoire normal.

Si l'on dispose d'un aide, on peut combiner la méthode avec celle des tractions rythmées de la langue suivant Laborde.

Le mode d'action serait, d'après l'auteur, assez complexe : action mécanique de compression et d'ampliation de la cage thoracique combinées respectivement au refoulement et à l'abaissement du diaphragme par compression et décompression des organes abdominaux ; action réflexe analogue à celle de la méthode de Laborde, par tiraillement alternatif du larynx ; hyperémie cérébrale provoquée par la suspension de la tête en position déclive pendant le temps inspiratoire de la manœuvre.

Ssokolow a pratiqué sur le cadavre une série de mesures, des pressions et dépressions respiratoires provoquées par sa méthode et par celle de Schultze. Les deux méthodes donneraient des résultats sensiblement égaux.

Le procédé de Ssokolow, dans ces conditions, présente des avantages évidents sur celui de Schultze ; il en évite, en effet, les dangers (1) : refroidissement intense de l'enfant nu par des mouvements passifs de grande amplitude, ruptures et hémorragies viscérales, fractures du crâne, du rachis, des côtes, des clavicules ou des membres. Il n'expose pas aux inconvénients et aux dangers de l'insufflation bouche à bouche (syphilis, emphysème, pulmonaire aigu) et de l'insufflation au moyen d'appareils, tels que les tubes de Chaussier, de Depaul et de Ribemont ou la méthode de Meltzer-Auer-Planchu (2) (nécessité d'un matériel opératoire, difficulté de réglage de la pression, nécessité du cathétérisme préalable de la trachée). Enfin, la méthode de Sylvester, qui reste pour l'adulte le procédé de choix, est beaucoup moins efficace chez le jeune enfant, (3) : son action essentielle se borne presque, chez le jeune enfant, à la compression latérale du thorax, car le bras de levier mis en action dans l'élévation inspiratoire des membres supérieurs est très court et l'efficacité du mouvement est diminuée par la laxité des attaches ligamenteuses. La méthode de Ssokolow ne nous paraît guère comparable, au point de vue de la simplicité et de l'efficacité, qu'au procédé décrit par Andérodias (4), avec l'avantage de la commodité pour la première.

Quoi qu'il en soit des considérations théoriques, la méthode présente les très grands avantages d'être très simple et très peu fatigante et de ne nécessiter la présence d'aucun aide. Elle aurait donné à son auteur des résultats excellents, et après les essais que nous en avons faits, notamment dans le service de la diphtérie de M. le professeur Nolf, elle nous a paru digne de retenir très sérieusement l'attention (5).

(1) Ssokolow. Eine Methode der künstlichen Atmung bei Kindern, Monatschr. f. Kinderheilk, 1911, Orig., Bd X, N° 9, p. 457-464.

(1) Max Runge. Die Krankheiten der ersten Lebenstage, 1906. Knapp. Der Scheintod der Neugeborenen, 1904.

(2) E. Planchu. Resuscitation of asphyxiated infants by the insufflation method of Meltzer and Auer. *Americ. Journ. of Diseases of Children*, 1912, vol. 3, n° 1, p. 50-52.

(3) J. Andérodias. Nouveau-né et nourrisson, in La Pratique des maladies des enfants. Vol. I, p. 139.

(4) J. Andérodias. *Ibid.*

(5) Le scalpel.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Le procédé de choix pour l'extraction des noyaux cristalliniens flottants

Par M. le Docteur A. TERSON

1° L'anesthésie sera toujours exclusivement locale (cocaïne-adrénaline). Pas d'anesthésie générale, puisqu'on peut être contraint d'opérer le malade assis. Avant la cocaïnisation, instillations répétées de pilocarpine, ou, à la rigueur, d'ésérine, plus irritante ; ne pas trop attendre l'effet mydriatique de la cocaïne et opérer au plus dix minutes après le début de la cocaïnisation ; vérifier si le cristallin, une fois tombé dans la chambre antérieure, n'a pas de tendance à revenir en arrière lorsque le malade est couché ; opérer alors suivant l'éventualité, le malade couché ou assis, la tête solidement maintenue par un des aides ;

2° Fixation du noyau avec une très longue, très fine et très piquante aiguille à discission. Enferrer légèrement le haut du noyau en se méfiant de le fragmenter. Amener ce noyau contre la partie interne, nasale, de la chambre antérieure et confier l'aiguille à un autre assistant ; pour un noyau calcaire et impénétrable, l'acculer dans l'angle et l'y maintenir par pression continue ;

3° Avec le couteau à cataracte on un étroit couteau de Graefe, incision linéaire oblique comprenant le tiers environ de la partie inféro-externe du limbe, commençant au-dessous du diamètre horizontal pour dépasser (plus ou moins, suivant le volume du cristallin à extraire) le bas du diamètre vertical de la cornée. Cette incision, par sa linéarité, s'oppose à une évacuation profuse du liquide et se cicatrise assez solidement en trois jours à peine. Si elle paraît trop étroite, l'agrandir à la Daviel par un coup de ciseaux mousses, tiraillant moins que les couteaux mousses coudés. Eviter formellement la pince-ciseaux, qui mâche la cornée sans la couper régulièrement ;

4° Confier la pince à fixation à un aide, et lui reprendre l'aiguille avec la main gauche. Introduire une curette un peu large, mais mince comme une feuille et presque sans rebord. La curette ou l'anse peuvent, suivant le cas, être employées. L'anse risque parfois d'émietter le cristallin et d'en laisser des fragments. Retirer, en le dégageant, le cristallin, par un mouvement combiné de l'aiguille et de la curette. Bien vérifier si le cristallin n'est pas, pendant ce temps, décoiffé de sa capsule, ce qui peut nécessiter une nouvelle intervention encore plus malaisée.

Les suites sont des plus simples. Les douleurs cessent et le malade peut porter, dès le cinquième jour, de simples verres protecteurs.

REVUE D'HYGIÈNE

La Vaccination préventive contre la Fièvre typhoïde dans les équipages de la flotte

Par M. le Docteur CHANTEMESSE

Professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris

La fièvre typhoïde a provoqué en France, en Algérie, en Tunisie, au Tonkin, etc., de si nombreux désastres qu'il est superflu d'insister sur sa nocivité et le martyrologe est innombrable des existences jeunes et vigoureuses fauchées, entre la quinzième et la trentième année, par cette grande maladie.

Depuis vingt-cinq ans, on a organisé la lutte contre elle par l'épuration de l'eau potable ; mais il n'est pas possible d'avoir toujours et partout de l'eau pure et le problème prophylactique

ne tient pas tout entier dans cette étiologie. Dès l'aurore de la bactériologie on s'efforça de trouver le vaccin de la fièvre typhoïde. En 1887, des savants allemands Frankel et Simmonds, Baumer et Peiper montraient qu'en injectant à des animaux de petites doses de bacilles typhiques vivants et virulents on augmentait leur résistance contre le virus de la fièvre typhoïde. Cette immunisation avec des microbes vivants et non atténués était trop dangereuse pour pouvoir s'étendre à l'homme.

A cette même époque et pour la première fois (Annales de l'Institut Pasteur 1887, 1888, 1892), je faisais connaître avec M. Widal un vaccin de l'infection typhique qui était efficace, qui était inoffensif, qui ne contenait rien de vivant susceptible de se développer dans le corps de l'homme et qui, à l'aide de trois ou quatre injections de substance stérile, donnait aux animaux l'immunité contre le virus de la fièvre typhoïde dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous. Ce vaccin formé de bacilles typhiques stérilisés par chauffage était celui qui allait être appliqué à l'homme et lui conférer l'immunité exactement comme il le faisait aux animaux.

Ce vaccin fut appliqué à l'homme en 1896 d'abord à l'étranger et en 1899 je vaccinai moi-même par cette méthode les élèves de mon service d'hôpital. Le vaccin chauffé s'étendit peu à peu dans le monde à mesure que ses bienfaits faisaient leurs preuves. En Afrique, en Asie, aux Indes et dans les possessions anglaises, aux Etats-Unis, au Japon, plusieurs centaines de mille hommes subissaient les injections vaccinales et se montraient protégés contre les dangers de la maladie.

Au bout d'une année de vaccinations pratiquées chez les soldats, avec du vaccin chauffé, le gouvernement des Etats-Unis rendait obligatoire dans ses armées ce mode de prophylaxie.

En 1903, le savant allemand Wassermann préconisa le vaccin bacillaire polyvalent et les autolysats, méthode reprise en France plus récemment.

En 1909 m'appuyant sur nos expériences de 1887, sur les résultats des vaccinations antityphoïdes que j'avais pratiquées sur mes élèves et que j'avais suivis pendant dix ans et sur les renseignements venus de l'étranger, je demandai à l'Académie de Médecine de nommer une Commission pour étudier cette méthode antityphoïde.

Après l'avis favorable de l'Académie le ministre de la Guerre, M. Messimy me chargea, l'an dernier, d'installer avec un médecin principal de l'armée, cette vaccination parmi les troupes des confins algéro-marocains. Au Maroc, aucun des vaccinés ne fut atteint malgré l'épidémie persistante. En 1912 j'ai pratiqué beaucoup de vaccinations dans les services hospitaliers, livré beaucoup de vaccin chauffé à la Marine, à l'armée, à la population civile et le maire de Nantes a créé un service municipal de vaccination antityphoïde. Je ne parlerai pas des inconvénients produits par cette méthode, soit locaux, soit généraux, pour la raison qu'ils n'ont pas existé ou qu'ils ont existé très faiblement. En voici la raison : je suis resté fidèle au mode de préparation du vaccin stérilisé par chauffage, et conservé de plus, dans une émulsion crésolée qui met à l'abri d'une impureté accidentelle. Les résultat de ces vaccinations ont été on ne peut plus favorables. Voici un exemple frappant de leur efficacité :

A partir du 5 avril 1912, le ministre de la Marine, M. Delcassé a autorisé la vaccination facultative des équipages de la flotte et des ouvriers des ports avec le vaccin que je livrais.

Quelle est la conséquence de cette mesure depuis huit mois ? Le médecin général chef du service de santé de la Marine vient, avec l'autorisation du ministre, de me faire connaître les résultats des vaccinations pratiquées à Cherbourg, Brest, Toulon, dans les Ecoles de la Méditerranée et de l'Océan, dans les équipages des trois grandes escadres et des deux escadres légères, à Diégo-Suarez, Alger, Oran, Bizerte, etc.

La majeure partie de cette population marine, soit 67.845 personnes n'a pas eu recours à la vaccination antityphoïde et a subi, du 5 avril à fin décembre 1912, 542 cas de fièvre typhoïde et 118 cas d'embarras gastrique fébrile.

Par contre, 3.107 personnes qui n'avaient jamais eu la typhoïde se sont fait vacciner. Résultat : les vaccinés qui faisaient partie des mêmes équipages que les non-vaccinés, qui habitaient les mêmes régions, qui subissaient les mêmes conditions de travail, de fatigues, de plaisirs et de contamination, qui, en un mot, avaient tout commun avec leurs camarades, sauf le bénéfice de la vaccination, ont été protégés contre la fièvre typhoïde d'une manière saisissante. Une fois la vaccination terminée, tandis que les non-vaccinés étaient frappés par la typhoïde dans la proportion d'environ un pour cent de leur effectif, eux, les vaccinés n'ont pas présenté un seul cas de fièvre typhoïde. Parmi eux un homme seulement fut atteint d'embarras gastrique fébrile, qui, naturellement, a guéri.

Ces faits si démonstratifs comportent ce degré d'impartialité qu'ils n'ont pas été recueillis par moi. Je les communique tels qu'ils ont été portés à ma connaissance par l'autorité sanitaire navale.

Au Congrès de Washington en septembre dernier, le major Russel, qui prépare pour l'armée américaine le vaccin par la méthode de chauffage du bacille typhique inaugurée par nous, il y a vingt-cinq ans, déclarait que depuis l'emploi du vaccin la fièvre typhoïde avait pratiquement disparu de l'armée navale des Etats-Unis. Les faits observés dans la marine française permettent de considérer que les affirmations du savant américain ne dépassent pas les limites de la vérité. Les renseignements concordants venus de tous les pays du monde légitiment l'espérance que notre siècle verra la fièvre typhoïde disparaître peu à peu des pays civilisés, grâce à la vaccination, comme le XIXe siècle a vu disparaître la variole.

REVUE DE LABORATOIRE

De l'Examen du Sang

Par M. O. SEMAL, Docteur en Sciences

La plupart des état pathologiques ont pour conséquence, une rupture d'équilibre de la composition du sang.

Les modifications observées, qui sont en rapport avec la nature de la maladie et sa gravité, portent à la fois sur tous les éléments du sang mais à des degrés divers, de sorte que l'examen du sang acquiert, au point de vue pratique, pour établir ou faciliter le diagnostic et le pronostic d'un grand nombre de maladies, une importance capitale.

L'importance pratique de cet examen est souvent méconnue parce que l'on n'en connaît généralement pas la grande simplicité de technique et la facilité d'interprétation. Il est encore plus simple et plus facile de recueillir quelques gouttes de sang sur une lame pour un examen que l'on fera pratiquer dans un laboratoire ou mieux de le faire soi-même, que de faire recueillir les urines pour les envoyer à l'analyse.

L'examen du sang doit être pratiqué :

1° En présence d'une maladie du sang ou des organes hématopoiétiques reconnue ou soupçonnée (anémie, leucémie, purpura, chlorose), pour en confirmer le diagnostic ou en préciser le caractère et le degré ;

2° En présence d'une maladie dont le caractère est hésitant mais présentant des modifications sanguines caractéristiques (suppurations, fièvre typhoïde, pneumonie, variole, paludisme, kyste hydatique, cancer, intoxication saturnine, etc., etc.).

3° En présence d'une affection à diagnostic presque certain pour laquelle une erreur aurait une importance capitale en provoquant une intervention chirurgicale inutile (appendicite, abcès du foie, suppuration profonde, etc.) ;

4° En présence d'une maladie qu'aucun signe ne permet de caractériser ; par exemple : *Affaiblissement, amaigrissement progressif* ou *fièvre d'origine inconnue.*

L'examen du sang offre parfois des particularités intéressantes qui orientent le diagnostic. Il n'est pas rare de voir des suppurations profondes longtemps méconnues, des infections, des anémies, des cachexies dont la cause est ignorée et le traitement erroné, jusqu'au jour où l'examen du sang vient révéler leur existence et leur pathogénie.

L'examen du sang sur lame est certainement le plus important et suffit dans la plupart des cas.

Toute la technique des examens du sang se résume à savoir faire un étalement convenable sur lame et à savoir le colorer. Pour l'étalement il suffit de disposer d'une lame à bords rodés ou d'une simple carte de visite. Pour la piqûre on peut utiliser la lancette à curseur de Bensaude, ou bien un vaccinostyle, ou même une simple plume à écrire à laquelle on enlève une dent. Au moment de s'en servir on stérilise par ébullition ou flambage. Quant à la technique de l'opération elle est très simple : Lavez la dernière phalange avec un peu d'alcool ou d'éther ou d'eau savonneuse, *séchez soigneusement*, ceci est essentiel pour éviter l'altération des globules dès leur sortie. Appuyant votre instrument légèrement sur l'endroit à piquer, enfoncez à peine d'un coup sec. Sur la goutte de sang qui apparait, appliquez *rapidement et légèrement* l'une des faces de la lame de verre en prenant soin de déposer la goutte à l'une des extrémités de la lame pour que l'étalement puisse se faire sur une plus grande étendue.

Retournez la lame, posez-la à plat, et avec la lame rodée ou la carte de visite, étalez d'*un seul coup de gauche à droite*, en balayant légèrement. Vous reconnaîtrez que l'étalement est bien fait, si le sang se trouve disposé en une couche uniforme ; jaunâtre, presque incolore formée de stries parallèles très fines semblable à une chevelure étalée.

Préparez ainsi quelques lames, en ayant soin chaque fois d'essuyer le doigt et de faire sourdre une goutte nouvelle qui doit être fraîchement recueillie. Les lames de sang préparées et séchées, peuvent être transmises à un laboratoire, *sans aucune précaution* en les empilant simplement les unes sur les autres. Ces lames qui sont de bonne conservation, sont soumises ultérieurement à trois méthodes de fixation et coloration correspondant à l'affinité des divers éléments pour les matières colorantes : 1° Fixation par l'alcool-éther et coloration par l'hématéine-Eosine pour reconnaître les éléments eosinophiles ; 2° Fixation par l'acide chromique 5 0/0 et coloration par la thionine phéniquée pour la détermination des éléments basophiles ; 3° Fixation par le sublimé-iode ou chauffage à 110° sur la platine chauffante de Malassez et coloration par le Triacide d'Erlich pour reconnaître les éléments neutrophiles.

Le nombre des leucocytes et la proportion de leurs diverses espèces sont assez constants. Chez l'adulte on trouve 6.000 à 8.000 leucocytes par mm^3. Sur 100 leucocytes, d'après Leredde et Besançon, il y a, 32 à 33 mononucléaires ; 64 à 65 polynucléaires neutrophiles — 1 à 2 polynucléaires eosinophiles — 0,25 à 0.50 Mastzellen (basophiles).

Les conditions physiologiques (alimentation, menstruation), modifient très peu et passagèrement la quantité des leucocytes et la proportion relative des diverses espèces. La période digestive détermine seulement une légère leucytose avec polynucléose pouvant parfois s'éle

12 et 15.000 dont il y a lieu de tenir compte dans la numération, d'où nécessité de faire l'examen du sang à jeun si c'est le nombre des leucocytes qu'il est important de connaître.

Leucocémie et leucopénie. — La diminution du nombre des globules blancs (chiffre inférieur à 5.000 par mm³ ou à 1 G. B. pour 830 G. R.) est des plus nettes dans trois affections aiguës : *la fièvre typhoïde*, — *la fièvre jaune*, — *la fièvre de Malte.*

La leucopénie est de règle dans le *paludisme chronique;* quelques formes de *splénomégalie.*

Leucocytose. — La leucocytose existe dans toutes les suppurations. Une leucocytose apparaissant chez un typhique qui doit normalement avoir de la leucopénie, on peut affirmer, sans crainte d'erreur, l'apparition d'une complication et probablement d'une complication suppurée (abcès profond, — angiocholite, — phlegmon périnéphrétique, — ostéomyélite...)

Dans la plupart des infections chroniques : tuberculose, suppuration chronique, syphilis, cancer, la leucocytose est fréquente.

Pratiquement, quand on rencontre au moins 1. G. B. pour 20 G. R., on peut affirmer l'existence d'une *leucémie.*

La *leucémie lymphatique* est caractérisée par une augmentation des lymphocytes (petits mononucléaires).

La *leucémie lymphatique* est caractérisée par une augmentation considérable (on trouve généralement 1 et plusieurs *mononucléaires granulés* (myélocytes), par champ microscopique) : par une *augmentation énorme des G. R.* et la *présence de nombreux G. R. à noyaux et myélocytes basophiles* (Mastzellen).

Lorsque la leucocytose est énorme et que les G. R. à noyau font défaut la myélocytose doit être attribuée à une autre cause; d'après les symptômes cliniques on songera à la possibilité d'une grande anémie (aspect caractéristique des G. R. déformés) — au purpura — aux affections de la moelle osseuse (cancer, suppurations).

Parmi les affections aiguës une seule donne à la fois, des *myélocytes nombreux,* de la *mononucléose* et des G. R. *nucléés,* c'est la *variole.*

Dans le cas d'obstruction intestinale, si on voit la leucocytose augmenter dans les 24 heures, c'est qu'il va probablement se produire de la gangrène ou de la péritonite. Dans le cas d'appendicite se présentant parfois cliniquement avec des caractères bénins, l'apparition de la mononucléose neutrophile, suivant Sonnenbourg, permet de prévoir la gravité d'une attaque.

L'Eosinophilie. Un taux d'éosinophiles supérieur à 4 0/0 s'observe :

1° Chez les malades porteurs d'un *parasite intestinal* (tœnia - botriocéphale - ankylostome - oxyures-lombrics, etc., qui donnent toujours une éosinophilie plus ou moins élevée.

2° Chez les porteurs d'un *kyste hydatique* (quelle que soit sa localisation : foie-rate-poumon, etc.). Dans les cas douteux la présence ou l'absence d'éosinophilie constituent un argument important pour faire une intervention ou s'en abstenir.

3° Dans la *leucémie myéloïde* qui s'accompagne d'une éosinophilie souvent considérable.

4° Dans les *intoxications,* par le plomb, la benzine, l'éosinophilie est précoce, constante et cessera avec la cause qui la produit.

5° Dans certaines *affections cutanées.*

6° Dans des cas rares ou circonstances particulières : maladies de la moelle osseuse ou de la rate, dans la convalescence de la plupart des maladies infectieuses.

L'étude du *réticulum fibrineux* imaginée par Hayem constitue un procédé aussi facile que rapide pour confirmer ou rejeter certains diagnostics, mais présente l'inconvénient de devoir faire l'examen auprès du malade. La préparation ne peut être conservée que peu de temps, 1 à 2 heures au maximum et la lamelle ne doit subir ni le moindre déplacement ni le moindre contact sinon le réticulum formé serait détruit.

Une lame de verre propre et bien sèche ou mieux une cellule à rigole, une lamelle, une petite baguette de verre, un peu de vaseline, tel est le nécessaire qui doit être disposé à portée de la main de l'opérateur, car de la rapidité dépend la réussite de la préparation. Prélevez doucement *sans écraser* une goutte de sang frais, déposez au milieu de la lame ou au centre de la cellule à rigole, mettez un peu de vaseline ou de salive tout autour, pour faire adhérer la lamelle que l'on dépose *délicatement* dessus. On peut dès lors procéder à l'examen.

Le réticulum se forme peu à peu et est constitué en une dizaine de minutes. C'est un très fin réseau presque invisible à l'état normal, s'étendant dans tous les lacs sanguins limités eux-mêmes par des piles de G. R.

A point de vue pathologique trois cas peuvent se présenter :

1° Sang donnant un *réticulum fibrineux phlegmasique atténué* de formation plus lente que pour le réticulum normal et constitué par un réseau de fibrilles épaisses fortement enchevêtrées.

Ce réticulum franc s'observe dans trois affections : *la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu franc, les suppurations aiguës.*

2° Sang donnant un *réticulum fibrineux phlegmasique atténué* de formation un peu plus rapide et constitué de fibrilles plus fines et moins abondantes. On le rencontre dans la plupart des infections aiguës ou chroniques.

3° Sang donnant un *réticulum fibrineux normal,* que l'on trouve chez les individus sains mais aussi dans la *fièvre typhoïde,* même en pleine période d'état, avec une température atteignant et dépassant 40°. A ce point de vue, lorsqu'on est en présence d'un malade ayant 40° de fièvre et ne présentant pas de réticulum fibrineux, on peut à coup sûr diagnostiquer la fièvre typhoïde. En présence d'un typhique avéré chez qui la fièvre persiste ou remonte après une période d'accalmie, si le réticulum reste normal presqu'invisible, le malade est exclusivement sous le coup d'une rechute sans complication ; la présence au contraire d'un réticulum net indique que le malade présente quelque infection surajoutée et surtout une des nombreuses complications suppurées qui le menacent.

Telles sont les déductions que l'on peut tirer des notions hématologiques pour affirmer ou infirmer un diagnostic.

Le procédé d'examen est tellement simple que ce serait commettre une négligence impardonnable que de ne pas l'utiliser dans certains cas.

CARNET DU PRATICIEN

Infection puerpérale

L'essence de térébenthine donne parfois d'excellents resultats.

En cas d'iofection utérine localisée, pratiquer des injections intra-utérines avec :

Eau	1000	grammes
Essence de térébenthine	15	—
Alcool	15	—

Dans le cas d'infections généralisées, employer la formule suivante en injections sous-cutanées :

Sérum	200	grammes
Essence de térébenthine	1	c. c.
Alcool	1	c. c.

On peut injecter cette dose deux fois par jour. Continuer ce traitement durant quelques jours, après que la température est redevenue normale.

L'essence ainsi employée aurait une action sur le streptocoque et une action antisuppurative en provoquant de la leucocytose.

(Fabre.)

Chancre mou ou chancrelle

1° Nettoyer la région avec de l'ean oxygénée au dixième. Répéter ces nettoyages plusieurs fois chaque jour;

2° Nettoyage de la surface du chancre avec de l'eau oxygénée an tiers, trois on quatre fois par jonr;

3° Matin et soir bains de verge, le plus chaud possible, d'un quart d'heure environ, dans la solution :

Oxycyanure de mercure	1	gramme
Eau	1000	—
Bleu de méthylène	Q.S.	

que l'on additionnera de dix fois son volume d'eau;

4° Entre les pansements, couvrir la surface du chancre avec de la poudre d'iodoforme;

5° Au besoin, cautériser chaque deux jours le chancre avec de la teinture d'iode.

Bubon compliquant le chancre

Au début, repos absolu au lit, compresse d'eau salée ou pansement compressif.

Si ce traitement n'empêche pas la suppuration, ne pas attendre l'ouverture spontanée de l'abcès, mais ouvrir celui-ci au bistouri, vider et laver la cavité qui le contenait avec une solution d'azotate d'argent à 1 0/0. Mettre ensuite une mèche iodoformée.

Si l'abcès est considérable, inciser légèrement et faire suivre l'ouverture d'un grattage à la curette. Ensuite, cautérisation au chlorure de zinc à 1 pour 10.

Aménorrhée

Poudre de sabine	0 gr. 05
Poudre de rue	0 gr. 10
Poudre d'armoise	0 gr. 10

pour un cachet n° 20.

Prendre un cachet matin et soir au repas.

Inhalation d'iode et d'oxygène à l'état naissant

Remplir au tiers un verre d'une contenance de 100 à 125 grammes avec une solution d'eau oxygénée à douze volumes.

Ajouter ensuite successivement une cuillerée à soupe de teinture d'iode et une cuillerée à soupe de poudre de permanganate de potasse. Une vive réaction se produit avec dégagement de chaleur qui va jusqu'au bouillonnement et, pendant 10 à 15 minutes, le malade peut inhaler de l'iode et de l'oxygène naissant.

Crevasses des seins

Faire usage de téterelle et, dans l'intervalle des tétées, enduire le mamelon avec la pommade :

Tannin	3	grammes
Oxyde de zinc	3	—
Glycérolé d'amidon	30	—
Extrait thébaïque	0 gr. 10	

Le badigeonnage du mamelon avec de la teinture de benjoin donne également de bons résultats.

Avant de donner le sein, enlever, au moyen d'un lavage à l'eau bouillie tiède, ces différents médicaments.

Contre l'accès de migraine

Au moment de l'accès, boire abondamment une eau diurétique et prendre par cuillerée à soupe, toutes les demi-heures d'abord, toutes les heures ensuite, la préparation :

Antipyrine	2	grammes
Caféine	1	—
Benzoate de soude	1	—
Sirop de groseille	40	—
Eau distillée	110	—

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. Zani

VARIÉTÉS

La nouvelle Femme musulmane

Si l'on considère le monde musulman, en Europe, en Asie ou en Afrique, le trait le plus frappant est la transformation de la femme, qui a déjà produit un certain nombre de pionniers et pénétré dans toutes les classes féminines.

En Turquie. — La femme, nul ne l'ignore, a joué un rôle important pour préparer le coup d'État qui renversa Abdul Hamid et éleva au pouvoir Méhémet V. Les conspirateurs correspondaient entre eux par l'intermédiaire de leurs femmes, que les espions ne soupçonnaient pas. Sans elles, la révolution n'aurait pu aboutir. Aujourd'hui, ces mêmes femmes libérées, appartenant aux meilleures familles, sont, dans les rues de Constantinople, à vendre des fleurs, pour secourir les miséreux de l'Empire. Ce geste n'a pas de précédent, dans la capitale de l'Orient.

Parmi les femmes avancées de la Turquie, il faut citer *Selma Haneum*, ardent apôtre de la cause féminine ; *Hallideh Edib Haneum* décorée, à quinze ans, par Abdul-Hamid pour la traduction d'un livre français ; *Naghier Haneum, Fatema Alihé Haneum* ; *Emine Semie*, qui collaborent à *La Gazette des femmes*, publiée à Constantinople. Elles connaissent, outre leur langue, le français, l'allemand ou l'anglais, le persan et le grec.

Les patriotes Persanes. — La femme nouvelle, en Perse, a pris une grande part dans les crises récentes de son pays. Lorsque Mohammed Ali voulut enlever la liberté de ses sujets, des femmes vinrent en aide à la révolution, en vendant leurs bijoux, transmettant les documents politiques d'un chef à l'autre, et même, en combattant, sous l'habit masculin, au milieu des soldats.

Une des manifestations les plus notables eut lieu lorsque, au signal donné, des centaines de femmes, jusque-là recluses au harem, sortirent pour se rendre ensemble au Parlement. Pour impressionner les députés, elles sortirent des revolvers, menaçant de tuer leurs maris, leurs fils, et ensuite elles-mêmes, si on ne mettait un frein à l'invasion slave.

Les Musulmanes de l'Inde. — Les soixante millions de Mahométans de l'Inde se transforment, sous l'influence de missionnaires européens, qui ont fondé des écoles pour jeunes filles.

La reine de Bhopal, la seule femme de l'Islam qui règne en son nom et de son droit, administre en maître son petit royaume d'un million de sujets. Elle a créé des écoles de filles, et doté, tout récemment, un collège pour jeunes femmes, à Delhi.

La reine consort de Janjira a persuadé le Nawab de fonder des écoles féminines, dans ses États, et un club de femmes, dans sa capitale. A Lahore, Mlle Fatima publie le journal *La Dame*.

Les femmes d'Egypte. — La princesse Nazli, femme du Khédive, s'occupe de l'éducation des femmes, qu'elle considère comme le pivot du progrès national. Elle demande qu'elles soient admises dans les collèges médicaux ; que des écoles primaires, pour filles, soient créées partout. Toutes les femmes avancées demandent que la polygamie soit abolie.

Concurremment à l'évolution de la femme, un nouvel homme, un nouveau mahométan a surgi, qui comprend que le progrès ne peut être d'un seul côté, mais qu'il faut libérer la femme, des mœurs sociales qui l'entravent et lui donner la même liberté qu'à l'homme.

A citer, comme exemple du nouvel homme, le Nizam de Hydérabad, le plus grand chef indigène de l'Inde, dont les Etats comptent 13.250.000 habitants, et dont les ancêtres possédaient les plus grands harems du monde. Ce prince est tout simplement monogame.

ÉCHOS

Le voleur des médecins

Au lieu de combattre à Tchataldja, le sujet turc Emile Freige a préféré rester à Paris où, par d'innombrables exploits, il s'est distingué dans l'art de voler les médecins.

Cet Ottoman, qui a vingt-cinq ans d'âge et aurait fait, paraît-il, de bonnes études en France, — il se dit bachelier ès lettres, — vient de comparaître, à raison de ses méfaits, devant la dixième chambre correctionnelle.

— Votre procédé était toujours le même, observe M. le président Schlumberger. Vous vous présentiez chez les médecins sous prétexte de leur demander de venir donner une consultation en province, et, profitant de leur inattention ou de ce que vous étiez laissé seul dans le salon d'attente, vous faisiez main basse sur des bibelots de prix qui étaient à votre portée et que vous dissimuliez sous vos vêtements. Vous avez ainsi volé successivement chez les docteurs Cathelin, Faisans, Coutelas, Chauffard, Ribemont, Dessaigne, Duguet, Brault, Labey, Gregoire, Lecène, Monod, Manson, Gailliart, Reclus, Gilbert, Brindeau, et chez d'autres encore.

— La liste est exacte, se contente de répondre le Turc Emile Freige à qui le tribunal a infligé trois ans de prison.

La propreté et l'hygiène dans les bureaux de poste.

M. Chaumet, sous-secrétaire d'Etat des postes, a adressé à tous les chefs de service une circulaire pour leur rappeler qu'aux termes de l'article 59 de l'instruction générale, « les bureaux doivent être tenus en parfait état de propreté ; les planchers doivent être lavés chaque jour à l'aide de linges mouillés ou imprégnés au besoin d'un liquide antiseptique, les murs, les meubles, les vitres, etc. fréquemment nettoyés, les appareils des cabines téléphoniques essuyés, après chaque conversation, au moyen d'un linge légèrement humecté d'eau phéniquée, et les cabinets d'aisances et urinoirs lavés à grande eau.

Par de fréquences circulaires, l'administration a signalé l'intérêt qu'elle attache à l'observation rigoureuse de ces prescriptions. La circulaire du 20 octobre 1908 attirait en outre l'attention des receveurs sur les fournitures du bureau dont « la qualité autant que la quantité ne doivent rien laisser à désirer ».

Or, ajoute M. Chaumet, malgré ces pressantes recommandations, certains receveurs continuent à faire preuve de négligence, notamment pour l'entretien de la salle d'attente. Les prescriptions réglementaires sont fréquemment perdues de vue et les règles d'hygiène ne sont pas toujours observées. On remarque en outre dans beaucoup de bureaux, apposées contre les murs ou suspendues le long des guichets, des affiches au papier jauni et sale du plus lamentable aspect.

Cette situation provoque à juste titre les doléances du public et il importe qu'elle cesse d'une manière définitive.

Je vous prie en conséquence de mettre les receveurs de votre département en demeure de prendre sur-le-champ les dispositions utiles pour éviter le retour de nouvelles critiques. Vous leur rappellerez que leur responsabilité personnelle est engagée dans la circonstance et vous ne leur laisserez pas ignorer que je suis bien décidé à sévir rigoureusement contre ceux d'entre eux qui viendraient encore à m'être signalés défavorablement à ce sujet.

En terminant, le sous-secrétaire d'Etat aux postes invite les inspecteurs à « porter tout spécialement leur attention, dès leur arrivée au bureau, sur l'état de la salle d'attente et la qualité des fournitures mises à la disposition du public et à ne jamais omettre de faire mention de leurs constatations. »

Voiture réfrigérante pour le lait.

Il n'est pas exceptionnel de voir, à Paris, en été, des laiteries livrer dans la journée du lait imbuvable, par suite des mauvaises conditions du transport. Elles pourraient s'inspirer du type de voiture réfrigérée employée par certaine laiterie qui fournit le lait à Stuttgart.

C'est une voiture complètement close, dont les parois latérales se réunissent à la partie supérieure sous des angles arrondis. Intérieurement, à la partie supérieure, se trouve un coffre à glace, et, des deux côtés, sur la face interne, sont deux récipients dans lesquels se rassemble l'eau de fusion de la glace. Cette eau est recueillie pour contribuer à rendre plus froid l'intérieur de la voiture, laquelle est complètement isolée par un revêtement en liège. Les paniers contenant les bouteilles de lait sont disposées sur une sorte de plancher en aluminium qui peut être facilement enlevé en vue des nettoyages. L'air qui s'est refroidi au contact des récipients de glace et d'eau descend dans la région inférieure, obligeant les couches inférieures à s'élever. Il s'établit ainsi un courant continu qui maintient la température constante. Les bouteilles s'enlèvent par de nombreux portillons en tôle à coulisses ; de cette façon, l'air chaud extérieur ne pénètre pas en trop grande quantité et ne provoque pas une élévation notable de la température qui atteint au plus 12°, même pendant les très fortes chaleurs.

Les tramways sur route

Le Touring-Club, ému des nombreux accidents causés, au cours de la saison dernière, par des tramways sur routes, vient de faire, auprès de M. le ministre des Travaux publics, une démarche en vue d'obtenir que les concessionnaires soient mis dans l'obligation de signaler, *à leurs frais*, tous les passages à niveau de leurs lignes présentant quelque danger pour les touristes.

La situation faite à la circulation cycliste et automobile par la multiplicité des passages à niveau des tramways sur routes et les conditions défectueuses dans lesquelles ils sont établis, appelle un remède urgent si l'on ne veut pas voir s'accroître encore le nombre d'accidents dont elle a été la cause. Il semble d'ailleurs tout naturel que les concessionnaires, auxquels l'administration accorde le droit d'occuper une partie du domaine public pour l'installation de leurs lignes, soient tenus de prendre les mesures nécessaires afin de réduire au minimum les inconvénients et les dangers que leur exploitation cause à la circulation générale.

La pupille et les poils du pubis.

Chez certains individus (hommes ou femmes) la pupille et quelquefois aussi les bords de l'iris présentent une teinte jaunâtre, entachée de rouge, en un mot une couleur fauve. Chez ces individus qui ont, en général, le teint coloré (teint du blond), *les poils du pubis sont rouges.*

Il est à remarquer que chez ces mêmes individus la coloration des cheveux et des poils des aisselle est, en général, de teinte différente : soit blonde soit brune. Il semble donc que le pigment rouge ait une affinité particulière pour ces deux régions : la pupille de l'œil et les poils du pubis.

84e Année (Série XIIIe) — No 187 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 26 Février 1913.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 26 Février 1913

A nos Collaborateurs.

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la *Gazette Médicale de Paris*, sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs, mettra, désormais, à leur disposition un tirage à part à 50 exemplaires, de leurs articles inédits qu'elle aura publiés.

ÉCHOS

Nos Amis.

M. le général Archinard vient de recevoir la cravate de commandeur de l'ordre du Mérite agricole.

Nous sommes heureux de cette haute distinction qui vient d'être attribuée à cet éminent ami de la *Gazette Médicale de Paris.*

Nos plus vives et plus sincères félicitations également à M. Côte, secrétaire particulier du Dr Lucien-Graux, qui vient d'être nommé chevalier du Mérite agricole.

Légion d'honneur.

M. le docteur Widal, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, vient d'être promu au grade de commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Signalons aussi la nomination comme chevaliers de MM. les docteurs Merle, à Casablanca; Fumey, à Tanger; Delamare et de Lacombe, à Constantinople.

Remerciements.

Dans l'impossibilité où il se trouve de pouvoir répondre directement à toutes les félicitations qui viennent de lui être adressées à l'occasion de la cravate de commandeur du Nichan-Iftikar qu'il vient de recevoir du Gouvernement tunisien, notre directeur, M. le Docteur Lucien Graux, adresse à tous ses amis, par la voix de la *Gazette Médicale*, l'expression reconnaissante de ses plus vifs remerciements.

Les rapports de police sous Louis XV (1).

Les inspecteurs de police sous Louis XV suspendaient volontiers leurs investigations sur les galanteries de l'alcôve. Toute personnalité en vue avait sa fiche où les petites aventures sexuelles étaient saupoudrées d'un piment de détails où s'excitait l'imagination du rapporteur. On se demande vraiment de quel intérêt pour l'ordre public pouvaient être des notes dans le genre de celle-ci : Il s'agit d'Helvétius, le fermier général, auteur du livre *De l'Esprit* : « 1750, 4 septembre. On a appris que M. Helvétius fermier général a été coucher le deux du présent mois chez Mlle Amédée (une danseuse de l'Opéra) et qu'il lui a donné dix louis pour cette couche ». Les accidents qui peuvent suivre cet échange tarifé de procédés aimables trouvent sous la plume des inspecteurs des accents de connaisseurs. Nous citons : « 1750, 12 octobre, Mademoiselle Amédée (déjà nommée) vient de gagner la ch... p... Elle tient cette faveur d'un Anglais dont on ignore le nom. Heureusement que ce présent lui a été fait tout *nouissime*, car quelques jours auparavant elle en aurait régalé M. le duc d'Olonne qui, plein de son amour et ne pouvant supporter les rigueurs de son absence, a jugé à propos de venir à Paris visiter cette chère maîtresse malgré un ordre du roi qui l'exile à Hanot. » Nos inspecteurs, on le voit, ont des sentiments compatissants. Ils félicitent l'imprudent d'avoir échappé au danger. Mlle Brillant, actrice de la Comédie-Française, fut éprouvée par la même aventure. « Elle s'amouracha du sieur Bureau, petit haut bois de l'Opéra-Comique et M. Morancé, enragé d'avoir, pour son argent, gagné la ch... p... et de voir son ancienne maîtresse dans de pareilles mains, la baptisa « la flûte an[c...]l » et le nom lui est resté ». Cette artiste de la Comédie-Française ne se contenta pas de cette première maladie ni du sobriquet qui y était attaché, elle tenait à épuiser sur sa personne tout le chapitre de la pathologie vénérienne. Seulement les inspecteurs hésitent. Elle garde la chambre depuis deux mois. On la traite, dit-on, de la fistule. Fistule ou vérole? Lequel des deux? Le rapport penche pour la dernière. « On peut avancer sur de bons témoignages que M. de Chevriers, sous-lieutenant des gendarmes bourguignons, qui l'a entretenue pendant six mois, ne l'a quittée au mois d'août dernier que pour raison de certains accidents survenus à sa santé, dont il lui attribue la cause. » Or la fistule ce n'est pas contagieux. M. de Chevriers est astreint à des soins médicaux. C'est donc la seconde supposition qui l'emporte en vraisemblance.

La demoiselle de Beauchamp, danseuse à l'Opéra, voit son cas discuté d'après les symptômes qu'elle accuse. Elle a des maux de tête, pour lesquels elle a été déjà infructueusement saignée au pied plusieurs fois. D'autre part, elle se plaint de troubles bizarres. Si l'ensemble du tableau morbide se rapportait à la vérole? C'est probable car la demoiselle en question « fait chambrée avec le sieur de Rostang, dont la santé paraît encore plus critique que la sienne ». Ailleurs nos inspecteurs de police se livrent à des réflexions philosophiques qui les élèvent au-dessus des contingences passagères. « En général, déclarent-ils, tous les débuts ne sont pas heureux, surtout en matière de galanterie ». Ils ont de la pitié pour les malheureuses pressées d'argent et qui n'ont pas de quoi faire face aux frais du loyer. La Providence s'intéressera-t-elle à la même demoiselle Beauchamp « qui n'a pas le premier sol »? « La Berne (une entremetteuse) proposa cette demoiselle au sieur Garnier et la lui annonça comme une trouvaille ». Mais Garnier rentra furieux de l'entrevue : « Comment ! fit-il, c'est là cette fille toute neuve qui vient d'accoucher d'un enfant dont quatre personnes se disent le père ». En sorte que la Providence se garda d'intervenir par le ministère de notre homme en faveur du budget obéré de la vierge déclarée douteuse.

Parfois les choses se terminent encore autrement que par assignation d'huissier. Les belles peuvent mourir à la peine. C'est ainsi que succomba la demoiselle Beancolelli, dite Thérèse, actrice de la Comédie Italienne. « Le sieur Baudouin, président à la 3e chambre de la cour des Aides, la quitta et la prit à diverses fois. Thérèse qui était amoureuse folle de lui, ne put supporter impunément ces caprices et ces vicissitudes ; elle en eut tant de chagrin qu'elle y succomba. »

En fait, ces histoires aboutissent à des épilogues qui se répétent avec une désespérante monotonie ; l'homme paie et quand il se lasse ou n'a plus d'argent, la femme le remplace allégrement, ayant soin de temps à autre de prolonger dans l'âme de ses maîtres d'un soir, le souvenir de ses faveurs avec le cadeau d'un désagrément physique attesté sous le double aspect que nous savons. — Tout cela date de 1750. — Qu'y a-t-il de changé aujourd'hui? (1)

(1) Paris sous Louis XV. Rapport des inspecteurs de police, publiés par Camille Piton. *Mercure de France* 1912.

LA PASSION DU JEU

On lit dans les communiqués du Cercle de Monaco l'amusante histoire qui suit : les places assises autour des tables de jeu sont très disputées.

Une vieille dame arrivait avant l'ouverture pour en avoir une ; une fois installée, elle y restait 7 à 8 heures consécutives. Et comme elle était atteinte d'une maladie de la vessie, qui l'obligeait à s'exonérer fréquemment, pour ne pas perdre sa place, elle urinait sous elle. Comme cette femme était une grosse joueuse, l'Administration fermait les yeux. De temps en temps, un valet de pied galonné et en gants blancs arrivait muni d'une éponge et d'un plat d'argent, se baissait discrètement et d'une main habile asséchait la flaque qui stagnait sous le siège de la riche cliente. Absorbés par leurs combinaisons, les yeux fixés sur le tapis où ils avaient placé leur argent, les autres joueurs ne s'apercevaient guère de ce manège.

(1) Journal des Praticiens.

M. POINCARÉ

Du *Charivari* cette note intéressante :

« M. Poincaré possède un excellent estomac ou un courage magnifique — à moins qu'il n'ait une aveugle confiance dans le précieux secours de l'Urodonal.

« De toutes parts il est invité à présider des festins. Les filets madère et les saumons sauce câpres traditionnels vont figurer à son ordinaire plusieurs fois par semaine.

« C'est l'envers de la médaille, la rançon de la gloire ».

La Rançon du Progrès

Les Canaques des îles Loyalty, au dire de M. Nicolas, qui les connaît bien, ont un tempérament chirurgical remarquable. Tout leur est prétexte à incisions : maux de tête lumbagos sont traités par les scarifications profondes Comme, de plus, ils sont sujets aux inflammations des ganglions cervicaux, ils les ouvrent franchement, laissant au grand air par le soin de les dessécher et de guérir le mal qu'ils ont mis à nu, son dout cet élément bienfaisant s'acquitte à merveille.

Tout cela était fort bien aux temps heureux où ils étaient mal initiés aux raffinements de notre civilisation. Les coquilles plus ou moins bien aiguisées qu'ils utilisaient alors conpaient de façon plutôt défectueuse, mâchuraient quelque peu les chairs, et les incisions, en définitive, étaient pour le moins exemptes de dangers graves. Mais un à p n c tte instrumentation, à notre contact. se perfectionna. La valve de mol u que fut remplacée par un fragment de bouteille, ou, plus récemment, par un rasoir. L'incision en devint plus n tte et plus profonde et, comme ces chirurg ens prim tifs n'ont qu de très vagues notions anatomiques, il s'ensuivit des désastres. Des hémorragies se déclarèrent que, naturellement, on ne sut pas arrêter et le résultat de cette technique moins grossière fut que plusieurs patients furent tout simplement saignés à blanc...

La Dureté de l'Eau et de la Dentition

L'eau *dure*, c'est-à-dire tenant en dissolution beaucoup de sels et en particulier des sels de chaux, est, en général, considérée comme plutôt mauvaise pour la santé.

Or, d'après les observations d'un spécialiste allemand, le Dr Rose, la beauté de la dentition serait en raison directe de la dureté de l'eau de boisson. Voici, en effet, le pourcentage de dentitions entièrement saines observé chez des milliers d'enfants habitant des localités différentes où l'eau présentait des degrés hydrotimétriques de dureté fort variés :

Dureté de l'eau	Proportion de dentit. saines
Moins de 2°	1,3 0/0
— 5 à 10°	4,3 0/0
— 15 à 20°	6,4 0/0
— 25 à 30°	14,5 0/0
Plus de 30°	20,2 0/0

Les meilleures dentitions se trouveraient dans les localités où, en plus de la chaux, les eaux renferment de la magnésie qui durcit l'émail.

FIBROME UTÉRIN

Chez une Femme Pseudo-Hermaphrodite D'APPARENCE MASCULINE

Par M. le Dr Victor PAUCHET (d'Amiens)

Louis G..., 61 ans, fut considéré comme une fille jusqu'à l'âge de 9 ans. Après cette époque, il changea de sexe après une visite à l'hôpital et fut envoyé à l'école des garçons. Rien d'intéressant dans les antécédents; aucun vice de conformation chez ses collatéraux, ni ses parents. Il ne fut pas admis au service militaire à cause de sa petite taille (1 m. 34).

Il y a 10 ans, vers l'époque qui doit correspondre à la ménopause, le ventre commença à augmenter de volume : cet accroissement devint considérable au cours des deux dernières années. Des troubles circulatoires apparurent : oppression, œdème des jambes ; c'est la raison pour laquelle il consulta à l'Hôtel-Dieu d'Amiens. Il fut d'abord examiné par le Dr Courtellemont, professeur de clinique médicale et par son chef de clinique, le Dr Bax. Ceux-ci hésitèrent entre le diagnostic de kyste du mésentère et de kystes hydatiques multiples. La réaction de Weinberg fut négative. A ma première visite, je fus frappé par la petitesse de la taille et par le volume considérable du ventre. Comme le fit remarquer le facétieux Dr Jeunet « c'était un petit homme suspendu à une tumeur ». La marche provoquait de l'oppression et paraissait très pénible. L'abdomen était volumineux, bosselé et renfermait une tumeur multiple d'apparence fluctuante. La paroi abdominale était sillonnée d'un réseau veineux supplémentaire abondant. Les conjonctives étaient sub-ictériques; les selles étaient normales ; aucun trouble du côté de l'appareil urinaire, ni du côté des voies digestives, à part une légère dyspepsie due à la compression ; pas d'albumine, pas de sucre dans les urines.



Fig. 1.

Fibrome ramolli de 13 kilogrammes. La tumeur est fendue seulement dans la hauteur de la cavité utérine et suivant un plan frontal, vu par la partie inférieure.
C cavité utérine; U. U. cornes utérines; V. une des valves du col utérin; T.T.T.T. tranches de la paroi utérine fendue dans la partie inférieure de la masse; P.P. pédicules ovariens; L. surface cruentée rétro-vésicale; S.S. séreuse.

Le malade attira alors mon attention sur ses organes génitaux et me demanda s'il n'était pas hermaphrodite; je l'examinai. Je constatai un scrotum vide de testicules ; les glandes ne se trouvaient pas dans les anneaux; la paroi était d'ailleurs difficile à explorer à cause de la distension abdominale. La verge était peu volumineuse, du volume d'un doigt environ. Cette verge était bien conformée, mais le méat urétral s'ouvrait à la partie moyenne de la portion pénienne. La miction se faisait normalement. Le sujet était barbu comme un homme normal. Sa voix était masculine. Je conclus donc qu'il s'agissait d'un homme avec des organes génitaux peu développés, les testicules en ectopie et un hypospade balano-pénien.

Mes collègues me demandèrent de poser un diagnostic. Je répondis que si c'était une femme, j'aurais conclu à un kyste de l'ovaire multiloculaire, mais qu'en présence d'un homme il m'était impossible de poser un diagnostic. La masse ne présentait, en effet, aucun des caractères cliniques des tumeurs possibles chez un homme. Mes collègues penchaient vers l'idée de kyste du mésentère.

L'intervention fut faite au pavillon Duvauche, le 5 avril, avec l'aide du Dr Sourdat et en présence des collègues amiénois : Bax, Chazarain, Courtellemont et Dacheux

Je fis une grande incision allant de l'épigastre jusqu'au pubis. J'extériorisai sur le champ une énorme tumeur pseudo-fluctuante que je reconnus immédiatement pour un fibrome utérin ramolli. Les deux ovaires flanquaient la tumeur de chaque côté. Je pratiquai une hystérectomie abdominale totale ; au moment où je sectionnai la partie inférieure du néoplasme, j'ouvris le vagin dans lequel j'introduisis un clam. Le clam se dirigea vers le rectum. Il m'eût été facile d'introduire un doigt dans le rectum pour savoir exactement le point de terminaison du vagin, mais je ne voulus pas exécuter cette manœuvre qui eût nécessité de détacher le malade, de relever les champs opératoires, manœuvre qui aurait prolongé l'opération et fait courir quelques risques d'infection. J'examinai avec soin les parois pelviennes; je recherchai s'il n'y avait point trace de testicule ; l'exploration fut négative. Le ventre fut suturé en un plan au fil de bronze-aluminium.



Fig. 2.

Aspect du ventre après l'opération. En haut et au milieu de l'abdomen on voit la cicatrice abdominale qui remonte jusqu'à l'épigastre. Aspect des organes génitaux Le périnée et le scrotum ne sont pas fendus et représentent bien l'aspect d'un périnée mâle. Le scrotum est vide. La verge présente un calibre égal à celui du doigt de l'assistant qui la soutient. Le gland est bien conformé.

Les suites opératoires furent très simples ; après l'intervention, je fis le toucher rectal et immédiatement au-dessus de l'anus je perçus une sorte de masse semblable à une prostate. Je n'ai pu percevoir aucun orifice de communication avec le vagin.



Fig. 3.

Aspect du sujet 3 semaines après l'opération. On remarquera que la barbe, qui avait été entièrement rasée immédiatement avant l'intervention, présente une longueur égale à celle d'un homme normal.

Je pratiquai la restoscopie quelques jours plus tard et je ne trouvai aucun cul-de-sac, ni aucune dépression pouvant correspondre à un orifice vaginal. Je conclus donc que le vagin devait descendre jusqu'au périnée et que là il se terminait en cul-de-sac, parce que du côté du périnée le plancher cutané était complètement fermé.

L'hermaphrodisme humain existe-t-il?

Si par hermaphrodite on entend un sujet homme et femme à la fois, le véritable hermaphrodite humain n'existe pas, car jamais un être humain n'a été porteur de testicules et d'ovaires. Il y a des sujets doués d'ovaires et de matrices, donc féminins, malgré la barbe une voix mâle, une verge et un scrotum, qui leur donnent l'apparence masculine, mais les bourses sont vides de testicules. Il y a des sujets porteurs de testicules et d'une verge microscopique, mais auxquels un périnée fendu, un visage glabre, une voix de tête, donnent l'apparence féminine ; l'ouverture du ventre seule montre qu'il n'y a pas d'ovaires.

Les hermaphrodites humains, du moins ceux qu'on désigne ainsi, *n'ont jamais deux sexes*. Ils portent intégralement les glandes génératrices de l'un ou de l'autre : ovaires ou testicules, mais les uns à l'exclusion des autres. Ces deux sexes, il est vrai, sont représentés par des organes accessoires, mais

atrophiés et incapables d'accomplir l'acte de reproduction.

Pozzi vient de faire paraître dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* (1) une étude complète que je puis résumer ainsi :

Le véritable hermaphrodite n'existe pas, car il n'y a jamais coexistence des testicules et des ovaires chez le même sujet.

Les malformés qui présentent l'apparence bi-sexuelle sont des pseudo-hermaphrodites qui appartiennent, en réalité, soit au sexe mâle, soit au sexe femelle.

Le diagnostic du sexe ne peut être fait qu'après biopsie ou autopsie par l'examen histologique des glandes sexuelles. Tant que le microscope n'a pas révélé la présence des follicules ovariens ou des spermatozoïdes, le diagnostic n'est pas possible.

Le sexe étant reconnu, le pseudo-hermaphrodite peut être considéré comme androgynoïde ou gynandroïde.

On désigne sous le nom d'*androgynoïde*, le pseudo-hermaphrodite mâle qui présente l'apparence sexuelle de la femelle, et sous le nom de *gynandroïde* le pseudo-hermaphrodite femelle qui a l'apparence masculine.

L'aspect des organes génitaux externes ne présente pas toujours une similitude complète avec ceux du sexe contraire ; suivant que cette similitude est complète ou incomplète, le sujet est dit *régulier* ou *irrégulier* (2).

Si l'androgynoïde, le pseudo-hermaphrodite mâle, d'apparence femelle, présente une véritable vulve, il sera dit *androgynoïde régulier;* si au contraire, l'illusion ne résiste pas au premier examen, si l'aspect vulviforme est simplement dû à l'existence d'un hypospade périnéo-scrotal avec pénis clitorien, le pseudo-hermaphrodite mâle est dit *androgynoïde régulier.*

Si le pseudo-hermaphrodite femelle d'apparence masculine ou gynandroïde présente, comme notre malade, un périnée et un scrotum bien formés avec urètre plus ou moins complet, c'est un *gynandroïde irrégulier.*

Le malade que nous avons présenté est donc un gynandroïde régulier.

L'aspect masculin, déjà très net par les organes génitaux externes, était complété par sa voix mâle et sa barbe masculine.

Vie sexuelle des hermaphrodites.

Une croyance populaire et fausse veut que l'hermaphrodite puisse indifféremment accomplir des fonctions d'homme ou de femme, autrement dit jouer le rôle de bisexué. Or, loin d'être bisexués au point de vue du sens génital, la plupart des hermaphrodites devraient être qualifiés d'*asexués*, car les fonctions génésiques et les désirs sont atténués ou supprimés chez eux. En effet, les glandes reproductrices sont ordinairement atrophiées ou incomplètement développées. Il en résulte que leurs actions génitales réflexes sont faibles. Dans des cas exceptionnels, il se présente une apparence d'appétit sexuel, mais il faut alors faire intervenir l'excitation sentimentale ou cérébrale qui supplée à l'insuffisance des réflexes physiologiques. Si on examine de près les observations et si on note ce qui a trait aux goûts et aux habitudes sexuelles des hermaphrodites, on peut les diviser, comme Pozzi, de la façon suivante :

1° *Asexués.* Sujets indifférents ou presque indifférents au point de vue sexuel.

2° *Homosexués* ou *invertis*, c'est-à-dire portés vers les sujets du même sexe. L'inversion est alors produite par des causes qui agissent artificiellement sur la mentalité et les habitudes du sujet, ou bien l'inversion est originelle.

3° *Hétérosexués* ou individus aux appétits normaux, c'est-à-dire dirigés vers le sexe contraire.

1° *Asexués.* — Le sujet ne se sent d'attrait pour aucun sexe ; il est doué d'indifférence génitale ; ce fait est en rapport avec le développement incomplet des glandes reproductrices. Sans doute, un certain nombre d'entre eux ont des pratiques qui semblent donner tort à cette règle générale de frigidité, mais il faut songer que la plupart des hermaphrodites sont des dégénérés, d'une mentalité spéciale, et que, malgré leur indifférence aux sensations sexuelles, ils se livrent à des pratiques pouvant faire croire le contraire, simplement par lucre ou perversion morale.

2° *Homosexués* ou *invertis.* — On nomme ainsi les sujets que les habitudes génitales portent vers le sexe semblable au leur. Cette perversion génésique est souvent plus apparente que réelle. Cela tient uniquement à la suggestion, à l'éducation qui a porté l'individu vers le sexe contraire à celui qu'il paraît représenter. Tel est le cas rapporté par Pozzi d'un homme élevé comme femme par suite d'un hypospadias vulviforme, et qui possédait des testicules. Il s'était épris d'une de et ses compagnes, pour l'avoir comme maîtresse, se faisait entretenir par un vieil amant.

Dans les cas de ce genre, ce n'est pas le sens génital qui est perverti, c'est la moralité du sujet.

Pozzi rapporte le cas d'un autre hermaphrodite homme, qui eut d'abord des maîtresses, puis un amant, le seul qu'il eut vraiment aimé ; ce qui ne l'empêchait pas de le tromper alternativement avec des hommes ou des femmes. C'est pour cette raison que Pozzi établit deux catégories parmi les homosexués : les uns l'étant artificiellement et les autres originellement et de naissance ; en effet, l'inversion paraît souvent être produite par l'influence du milieu et par l'éducation. On conçoit combien il est facile à un sujet considéré comme une femme, d'arriver à se le persuader et à prendre par auto-suggestion les goûts et les habitudes d'un sexe qui n'est pas le sien. Ce sujet, quoique porteur de testicules, se mariera avec un homme.

Pozzi rapporte également le cas d'une femme à qui fut enlevée une tumeur ovarienne et qui était mariée comme homme avec une femme dont elle était éperdûment amoureuse.

L'inversion du sens génital est d'ailleurs favorisée par les caractères secondaires qui déguisent le sexe de l'hermaphrodite. L'hermaphrodite-homme, par exemple, peut, avec l'apparence génitale de la femme, avoir des seins développés ; au contraire, une hermaphrodite-femme pourvue d'ovaires, peut avoir une apparence de verge avec des seins atrophiés. C'est le cas du malade dont nous avons rapporté l'observation.

Il arrive fréquemment qu'un sujet, vers l'âge de la puberté, reconnaisse lui-même son sexe par suite des instincts sexuels qui s'éveillent en lui et vienne ainsi corriger l'erreur de l'état-civil. Une institutrice, un jour, se confessa de la passion qu'elle éprouvait pour les jeunes filles de son cours. Le prêtre l'envoya à un médecin qui l'examina et reconnut qu'elle était un homme.

On ne saurait insister assez sur l'influence que les circonstances extérieures exercent sur la mentalité, les goûts et les instincts de l'homme comme sur ceux des animaux. Il peut y avoir chez les sujets à instinct génital faible une éducation sexuelle qui aboutit à la perversion, comme le dressage donne aux animaux, des habitudes acquises, souvent contraires à leur nature. Telles sont les tra[...] formations obtenues par les dompteurs [...] apprivoisent les tigres et les panthères. N'[...] on point arrivé à habituer le loup à un rég[...] végétarien ? Réaumur est parvenu par [...] lement dans l'obscurité à transformer [...] caractère des coqs au point de leur faire pr[...] dre des habitudes de poules et les rendre [...] pables de conduire des couvées de poussins.

3° *Les hétérosexués* se rencontrent surt[...] chez les hommes qui ont une apparence [...] minine par suite d'un hypospadias vulvifor[...] et qui possèdent des testicules arrêtés da[...] leur migration. Ces sujets sont enregist[...] à la naissance comme filles. Quelque[...] l'apparition de la barbe vers l'âge de 16 [...] donne aux parents l'idée d'examiner de n[...] veau le périnée, mais souvent la barbe [...] pousse pas, le facies reste glabre, les seins [...] développent ; ces sujets sont alors mariés [...] prennent des habitudes de sodomie. Ce[...] ainsi que beaucoup d'hermaphrodites s[...] amenés, rien que par erreur d'état-civil, a[...] que par la suggestion imposée par l'ento[...] rage, à accomplir des actes d'homosexuali[...] La perversion est donc plus réelle qu'app[...] rente. Si en effet on met de côté la perve[...] sion morale de quelques sujets dégénérés, [...] peut dire que leur instinct génital les di[...] plutôt vers les sujets du sexe opposé. Cet i[...] tinct est souvent assez fort pour servir à [...] seul à démasquer l'erreur de l'état-civil [...] à imposer le diagnostic. Pozzi raconte le c[...] d'une jeune fille qui ne se douta de son se[...] masculin que du jour où une de ses amies [...] inspira une violente passion ; elle fit rectifi[...] son état-civil pour l'épouser.

Un nouvel antiseptique urinair[e]

Par M. le Dr FLEURY

Professeur de matière médicale
à l'Ecole de médecine de Rennes (1)

Parmi les modificateurs des bronches [...] aussi, sinon mieux, de l'appareil urin[aire] le copahu, le cubèbe et le santal o[...] toujours la première place. Ces médicam[ents] qui rentrent dans le groupe des *top[iques] irritants* du professeur G. Pouchet, agisse[nt] vraisemblablement par stimulation de [...] muqueuse et accroissement consécutif de [...] procédés de défense. De même ils stimule[nt] le rein, la sécrétion en est accrue. D'aut[re] part, ces agents modifient la qualité de l'urin[e] aussi, voit-on celle d'individus soumis [...] traitement copahivique demeurer imp[u]trescible durant un certain temps. Ce [li]quide renferme alors un peu de résine, ma[is] surtout des acides glycuroniques qui se so[nt] formés, au sein de l'économie, aux dépe[ns] de l'essence dont le copahu contient envir[on] 30 p. 100. En cet état, l'urine émise e[st] aseptique, peut-être même antiseptique ; [en] tout cas le séjour d'un tel liquide dans [la] vessie, de même que son passage à trav[ers] l'urèthre, équivalent, pour ainsi dire, à [un] lavage à l'eau bouillie. De là l'action sal[u]taire si bien observée dans le traitement d[es] cystites et des uréthrites à la suite d'une cu[re] par ce médicament.

Cependant, si ces trois topiques sont ac[...] on peut néanmoins rechercher celui qu[...] adoptera. En ce qui concerne le cop[ahu] le reproche à lui adresser est d'être par [...] irritant dès que l'on élève un peu la [...] Aussi, difficile à manier, tend-on de plus [...] plus à l'abandonner. C'est du reste ce q[ue] constate le prof. J. Hérail, dans son [...] récent *Traité de Matière Médicale,* quand [...]

(1) Pozzi. Neuf cas personnels de pseudo-hermaphrodisme (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale;* mars 1911).

(2) Pozzi, *loc. cit.*

(1) Communication à l'Academie des sciences, séance 27 janvier 1913.

écrit : « ..... *On a employé le copahu dans le traitement des catarrhes pulmonaires rebelles et surtout dans la blennorragie, dont il était le remède classique; il est aujourd'hui peu usité.* » En somme, il en est du copahu ce qu'il en est de la térébenthine et, si nous faisons cette comparaison, c'est que, entre ces deux corps, il existe les plus grands rapports, tous deux étant formés par la dissolution d'acides résinoliques dans une essence. Or, qu'observe-t-on avec la térébenthine ? Si l'on s'adresse à l'essence, la sécrétion urinaire est augmentée avec de petites doses, ralentie au contraire quand on l'emploie à dose trop élevée. Il est bon, il est utile de stimuler le rein, il est par contre nuisible d'exagérer la stimulation. Le rein se cabre et la sécrétion s'arrête. Ajoutons que le copahu est mal toléré par le tube digestif, il l'irrite, produisant éructations désagréables, nausées, vomissements, coliques, diarrhée ; il l'est mal également par la peau. Il s'élimine en partie par elle, élimination souvent accompagnée d'éruptions de diverses natures, prurigineuses ou non.

En dépit de ces inconvénients, le copahu est encore usité, peut-être par habitude, dans certains services des hôpitaux de Paris. Ainsi, à l'hôpital Saint-Louis, dans celui du prof. Gaucher, c'est toujours à lui, ou du moins à l'opiat (copahu et cubèbe), qu'on a recours pour soigner la blennorragie. Les grands maîtres de la science, restés fidèles à l'ancienne pratique, ont raison. Le traitement de cette affection par ces agents est aisé, efficace, à la portée de tous. Peut-on en dire autant du traitement abortif, qui n'agit bien que lorsque la maladie est prise au début, ou de celui par les lavages ? Aussi qu'advient-il ? C'est que de plus en plus on renonce à ces derniers et principalement à ce dernier, un tantinet dangereux, par suite du refoulement toujours à craindre de gonocoques dans la vessie.

Donc, nous aussi, fort de ces exemples, nous nous en tenons au vieux traitement et, si nous ne conseillons ni le copahu, ni le cubèbe, qui a tous les inconvénients du copahu, nous portons notre choix sur le santal. Or, qu'appelle-t-on santal ? Botaniquement parlant, ce nom s'applique à des arbres bien différents ; mais, à notre point de vue spécial, un seul de ces végétaux nous intéresse, le Santal citrin (*Santalum album*) de la famille des santalacées. C'est une plante parasite, qui vient dans les Indes, l'Hindoustan particulièrement et dans les îles Malaises. On la cultive aujourd'hui en Chine, en Egypte, en Amérique du Sud. On en récolte le bois qui arrive dans le commerce sous forme de bûches cylindriques privées de leur écorce. La couleur en est jaune-orangé pâle et l'odeur agréable, rappelant à la fois celles du musc et de la rose. Nous ne connaissons pas généralement le santal sous cet état brut, mais nous avons tous vu de ces coffrets odorants, boîtes à gants ou autres, plus ou moins artistement sculptés, offerts au public par des camelots exotiques. Ils sont en bois de santal.

Eh bien ! dans les pays d'origine, principalement dans le Mysore, on distille, en présence d'eau, les copeaux ou les râpures de ce bois et on obtient, surnageant le liquide distillé, un produit jaune pâle, de consistance huileuse, d'odeur suave et de saveur douce. C'est l'essence de santal. Sa composition est à peu près la suivante : 6 p. 100 de carbures terpéniques, un peu d'un aldéhyde, le santalal, puis, pour la très grosse part, 90 à 98 p. 100 d'un alcool, le santalol. Ce dernier n'y est pas entièrement à l'état de liberté, mais y figure en partie sous forme d'éthers, combiné qu'il est avec les acides formique, acétique, santalique et térésantalique qui existent normalement dans l'essence. Ajoutons que le Codex actuel accorde à l'essence de santal un grand intérêt puisqu'il indique son mode d'essai, ce qu'il ne fait pas pour toutes les essences, et qu'il exige qu'elle renferme au moins 90 p. 100 de santalol. Si le Codex prend cette précaution, c'est qu'il importe que l'essence de santal ne soit pas fraudée ; or elle est souvent falsifiée par adjonction d'essence de cèdre, de térébenthine, de copahu et même d'huile de ricin.

En présence d'une adultération toujours à craindre d'un médicament aussi intéressant, quoi de plus naturel que d'avoir cherché à n'utiliser en thérapeutique que le seul principe actif de l'essence, le santalol. C'est ce qui a été fait et actuellement on trouve en pharmacie, pour traiter la blennorragie, entre autres affections urinaires, plusieurs préparations à base de santalol. Mais on peut faire mieux, car l'essence de santal elle-même, tout comme le copahu et le cubèbe, à moins faible dose toutefois, irrite assez vivement le tube digestif, occasionnant soif, nausées et vomissements. Il en est de même du santalol. Aussi convenait-il de chercher à faire entrer ce corps dans une combinaison que l'organisme accepterait et tolérerait par la raison simple que ce composant, n'en étant pas le seul principe actif, n'y figurerait qu'à dose modérée. C'est à cette combinaison que M. Ed. Duménil a donné le nom de *balifostan*.

Qu'est-ce donc, ce balifostan ? Mais tout bonnement un éther, un éther complexe dans lequel le santalol n'est pas la seule base qui soit éthérifiée. Le santalol qui était, nous l'avons dit, partiellement éthérifié dans l'essence de santal, le sera totalement dans le balifostan, pas par les mêmes acides, voilà tout, et il le sera conjointement à un autre corps, un dihydrooxybenzol, la *résorcine*.

Pourquoi la résorcine ? C'est que ce phénol s'élimine par l'urine, qu'il rend antiseptique, et qu'il est très peu toxique pour l'homme, puisque J. Andeer, cité par Manquat, a pu en ingérer jusqu'à 10 grammes sans inconvénient. Il s'en suit que, par l'emploi de la résorcine, l'urine, déjà antiseptisée par la présence du santalol éliminé par les reins, le sera davantage encore. Le passage d'une telle urine à travers les voies urinaires, l'urèthre, en particulier, équivaut, thérapeutiquement s'entend, à celui d'une injection antiseptique. L'injection est faite en sens contraire, voilà tout ! Le résultat est le même, mais atteint plus aisément, sans instrument. La vessie remplace le corps de la seringue ou le bock et le lavage a lieu de dedans en dehors.

Comment maintenant éthérifier ces corps ? Quels acides choisir ? Le choix fut judicieux. M. Ed. Duménil s'adressa d'abord à un acide qui se prépare par oxydation de cette essence concrète, éminemment antiseptique, qu'est le camphre, l'acide camphorique. Celui-ci s'élimine rapidement par l'urine, aussi M. Bohland l'a-t-il conseillé dans le traitement des maladies des voies urinaires et surtout dans la cystite chronique. Plus alors de fermentation ammoniacale de l'urine ! L'acide camphorique, en acidifiant le liquide, la jugule entièrement.

Pour compléter l'action de l'acide camphorique, lui adjoindre un synergique, l'auteur du balifostan pensa à un autre acide qui depuis longtemps a fait ses preuves en thérapeutique, soit que l'on ait recours à lui-même — ce qui arrive quelquefois — soit, plutôt qu'on utilise les produits naturels qui le renferment. Ces derniers sont très connus, ce sont les baumes, les baumes proprement dits, avec le styrax, le baume du Pérou et celui de Tolu comme chefs de file, tous antiseptiques de première valeur. Que trouve-t-on dans leur composition ? De la résine, dissoute dans une essence aromatique, un peu de vanilline, mais principalement deux acides. L'un est celui qui nous occupe, l'acide cinnamique, l'autre, son analogue, l'acide benzoïque, et ces acides y figurent partie libres, partie combinés à l'alcool benzylique, formant par suite des éthers. Qu'a fait M. Duménil pour préparer son balifostan ? Il a donné la préférence au premier de ces acides aromatiques, plus actif que le second. Tous deux d'ailleurs jouissent de propriétés voisines, ils rendent acides les urines, inoffensives les bactéries qu'elles renferment, point extrêmement important quand on est en présence de pyélites et de cystites. En résumé, le balifostan nous offre : 1° de l'acide camphorique, 2° de l'acide cinnamique, ces acides étant combinés avec le santalol et la résorcine pour constituer un éther complexe fort actif en raison de l'heureuse association de quatre antiseptiques urinaires et merveilleusement toléré.

M. Ed. Duménil aurait pu s'en tenir là, mais il a voulu faire mieux de façon à parfaire l'ensemble qu'il cherchait à réaliser. Il s'est à propos souvenu que la *grindélie*, plante des marais salés de Californie, avait été conseillée par Huchard dans le traitement des néphrites. Toutefois ce n'est pas la grindélie qu'il adopta. Il lui préféra une Synanthérée voisine, non pas géographiquement parlant, car cette autre croît au Chili, mais voisine au point de vue des caractères botaniques et des propriétés thérapeutiques. Cette plante, extrêmement résineuse, à ce point que, sèche, elle semble avoir été trempée dans un bain de résine, est l'*Hysterionica baylahuen*. Au Chili, on en utilise les sommités dans le traitement des maladies des poumons et des voies urinaires. En France, le Dr Baillé l'a étudiée dans le service de Dujardin-Beaumetz et a obtenu des résultats remarquables dans des cas de blennorragie. Il a signalé qu'elle ne provoque pas de diarrhée et a insisté sur ce fait qu'elle modifie la qualité de l'urine dont elle diminue la mauvaise odeur. L'Hysterionica méritait d'être mieux connue en France. Grâce au *Pagéol*, elle y prend droit de cité.

Le Chili ou les républiques voisines, l'Argentine et le Pérou, va nous fournir le dernier composant du produit sus-désigné. C'est une plante que l'on voit quelquefois dans nos jardins où on la cultive pour l'ornementation. Son port rappelle celui des bruyères et on peut la confondre avec certaines d'entre elles quand elle n'est pas en fleurs. A ce moment l'erreur est difficile, la fleur étant celle d'une solanée nettement caractérisée.

On nous permettra d'insister sur les propriétés spéciales peu connues et peu utilisées de cette plante appelée *Pichi* ou plus scientiquement *Fabiana imbricata*. Jusqu'ici elle avait été employée d'une façon un peu empirique sous la forme de décoction, comme diurétique et antiseptique rénal. C'était la partie ligneuse de la plante, rameaux et tiges, qui était usitée comme étant la plus active, mais la décoction de ce bois a une saveur aromatique très amère, ce qui rend la préparation désagréable à prendre. De plus, ses effets sont forcément sujets à variation puisqu'ils dépendent de la teneur plus ou moins grande du bois en alcaloïdes.

Aussi dans le Pagéol a-t-on fait entrer un extrait mou, élastique, de couleur jaune fauve, extrait qu'a préparé M. Duménil et qui représente l'ensemble des principes actifs de la plante. Ce produit qui renferme outre

le phosphate de magnésie, que la plante contient en grande abondance, la *fabianine* et l'*acide fabianatannique*, jouit d'un *effet toujours constant* et autrement énergique que la simple décoction du bois.

L'association dans le Pagéol des principes actifs du pichi au nouveau sel synthétique de santalol et résorcine introduits dans la thérapeutique par M. Duménil, peut donc être à juste titre considérée comme particulièrement efficace.

Les Docteurs Boyer et Dujardin-Beaumetz ont employé le pichi contre les catarrhes des voies urinaires; le Dr Le Menant des Chesnais lui a reconnu, en 1888, des propriétés sédatives et antiseptiques dans les affections urinaires; le Dr Danet atteste qu'il rend limpides les urines muco-purulentes. Nous pourrions multiplier ces citations qui prouvent l'efficacité de ce médicament, mais à quoi bon insister quand nous aurons ajouté que Friedlander, de son côté, estime qu'il est spécifique des maladies des voies urinaires, préférable au copahu et même au santal dans le traitement des pyélites et des néphrites? Comment, en ces conditions, négliger de le faire entrer dans une préparation destinée à les combattre ?

Sous l'influence de cette drogue, le pichi, les urines deviennent acides tout comme cela se passe avec l'acide camphorique, «ce qui arrête la culture des bactéries dans la vessie». Ajoutons à cela que le pichi ne fatigue nullement le tube digestif, qu'il stimule le foie et favorise la sécrétion de la bile. Dernière action qui n'est pas à dédaigner.

Concluons : le Pagéol réalise un merveilleux ensemble, une fédération savamment combinée des principaux agents qui ont fait leurs preuves dans la thérapeutique des affections des voies urinaires. Stimulant léger du rein par le santalol qu'il renferme, balai des voies d'évacuation de l'appareil urinaire depuis les calices et le bassinet (*pyélites*) jusqu'à l'urèthre (*uréthrites*) en passant par les uretères et la vessie (*cystites*), il régénère tout ce qu'il touche, combattant sur sa route le fâcheux gonocoque qu'il extermine dans ses refuges. Que demander de plus? Une chose en vérité! Ne pas avoir besoin de s'en servir!

La Maladie de Napoléon Ier

ET SON TRAITEMENT LAMENTABLE

Par le Dr DASSY DE LIGNIÈRES

Ancien chef de laboratoire de la Faculté de médecine de Paris

Je ne sais pas de lecture plus poignante que celle des notes d'Antommarchi suivant, jour par jour, et finalement heure par heure, l'agonie de Napoléon dans la misérable masure de Sainte-Hélène.

C'est le 23 septembre 1819 que le Dr Antommarchi arriva à Longwood. Son diagnostic est vite posé après la palpation d'un foie atrocement douloureux et après cette déclaration de l'Empereur : « Je suis attaqué d'une hépatite chronique; cette maladie est endémique dans cet affreux climat. »

Antommarchi fut, certes, un brave homme, fort dévoué à l'Empereur, ne se rebutant jamais devant les algarades ou les constantes plaisanteries de Napoléon sur la médecine et les médecins. Sa patience et sa constance sont dignes d'éloges, mais il avait le travers d'être convaincu d'avoir en sa possession la plus haute des sciences médicales, parce qu'il avait consciencieusement préparé l'édition des belles planches anatomiques de Mascagni. Les compliments de Napoléon le confirmaient dans son opinion. C'était, du reste, l'époque où le médecin anatomopathologiste croyait assez dominer la science pour en dédaigner les notions pratiques ; c'était l'époque où Bichat traçait cette très juste définition : « La Médecine est une méditation sur la mort. »

Néanmoins, Antommarchi fit tous ses efforts pour lutter contre l'affection de son auguste malade. Mais que pouvait-il réaliser d'efficace avec les armes d'une médication absolument inerte et incohérente? Quelle pauvre, quelle enfantine thérapeutique! Et comme Napoléon avait raison de s'en moquer avec son esprit railleur, toujours cependant tempéré par une exquise indulgence!

Parcourons rapidement le relevé des naïfs « expédients » imaginés par Antommarchi.

Ce sont principalement de perpétuels lavements « simples ou adoucissants », pédiluves, liniments, frictions et fomentations à l'ammoniaque et à l'opium; des purgatifs, huile de ricin ou rhubarbe, une extraordinaire série de bains sulfureux et surtout de bains salés « composés de deux tiers d'eau de mer et d'un tiers d'eau douce ». Dans ces bains tièdes, l'Empereur séjourne pendant trente-cinq minutes et le plus souvent pendant deux heures, et Antommarchi remarque qu'il s'en trouve « incommodé », ce qui ne l'empêche pas d'en renouveler la prescription.

De temps à autre, quelques recommandations : le mouvement en plein air, le jardinage, le petit lait clarifié alterné avec l'eau de riz, la fleur d'orange, de légères décoctions de chiendent. Un jour, il s'élève contre l'inconvénient du tabac. « Bon! de l'importance médicale! » s'exclame en riant Napoléon, en brandissant sa chère tabatière où sont enchâssés les médaillons d'Alexandre et de César.

Trois ou quatre fois, des essais de vésicatoires ou de cautères horriblement douloureux, et une avalanche d'étranges potions, les unes avec du sulfate de magnésie, avec teinture de gentiane et cochléaria, les autres avec de l'eau de menthe verte, du bicarbonate de potasse, de l'ambre, additionné de quelques gouttes d'éther ou d'opium.

Les pilules d'Antommarchi répugnent particulièrement à l'Empereur, qui lui demande à quoi elles peuvent servir.

— Elles ont leur efficacité, répond Antommarchi.

— Sans doute, riposte narquoisement Napoléon.

— Elles dégagent les humeurs.

— Ah!

— Elles tiennent le ventre libre.

— Assurément, conclut Napoléon, elles ont toutes les vertus du monde! Tenez, laissons là vos remèdes; la vie est une forteresse où ni vous ni moi ne voyons rien; n'entravons pas sa défense, ses moyens valent mieux que tout votre attirail. Corvisart en convenait : vos sales préparations ne sont bonnes à rien...

Le pauvre Antommarchi se rendait bien compte lui-même de son impuissance, mais il se la dissimulait ingénument en écrivant à son ami le chevalier Colonna : « Je prescris les remèdes convenables et j'ai le chagrin d'assister à des crises d'exaspération de douleurs... L'influence de ce climat, cause prochaine de l'hépatite chronique, est trop opposée à la constitution de l'illustre malade et trop contraire à l'action de mes remèdes... Je vois le remède et j'ai la douleur de ne pouvoir l'appliquer... L'art ne peut rien contre l'action continue de l'air qu'on respire... »

Le 16 novembre 1820 (Pelletier et Caventou venaient à peine de découvrir le sulfate de quinine et d'en proposer les premiers essais thérapeutiques) Antommarchi tente une « décoction de quinquina », qui n'a aucun effet. De janvier à mars 1821, les décoctions succèdent aux pilules composées de 3 grammes d'extrait aqueux de quinquina et un quart d'opium Baumé. Vaines médications. Tentative d'un sirop à l'éther que Napoléon rejette.

Le 2 avril 1821, un mois avant la mort, mémorable consultation du chirurgien anglais Arnott qui, aussi désemparé que son confrère, conseille cependant avec force « une nourriture animale, telle que gélatine » (!) et des pilules composés d'aloès, de savon dur et d'huile de carvi. Quelques jours après, Arnott apporte la bonne nouvelle qu'Hudson Lowe, s'humanisant pour la première fois, offre du lait de vache. Energique protestation d'Antommarchi, violente discussion avec Arnott, et finalement abandon du lait de vache.

Désormais, jusqu'à sa mort, Napoléon va agoniser dans d'indicibles souffrances, entre les pilules et la gélatine d'Arnott, avec, comme intermède, quelques pommes cuites, de la farine d'arrow-root, des biscuits à la cuiller trempés dans un doigt de vin de Frontignan.

Le 3 mai, sur le magistral conseil des médecins anglais, Schort et Mitchell, on lui inflige 10 grains de calomel :

Le 5 mai, Napoléon meurt en criant : « Tête! Armée! »

Le Grand Homme a donc succombé sans que rien d'efficace ait été employé pour non seulement enrayer sa maladie, mais même pour atténuer ses atroces douleurs.

Certes, il serait injuste de mandire Antommarchi. Son ignorance, son impuissance étaient celles de n'importe quel autre médecin de son temps. Je me permettrai cependant de lui reprocher de n'avoir pas, tandis qu'il étudiait assidûment la Flore de Sainte-Hélène, cherché à y découvrir quelque plante salutaire susceptible d'apporter un soulagement quelconque à Napoléon. Pourquoi n'a-t-il pas interrogé les indigènes d'un pays séculairement ravagé par les maladies de foie? On lui aurait certainement indiqué un remède traditionnellement employé avec succès. C'est là un fait invariablement constaté dans toutes les contrées, même les plus sauvages.

Antommarchi, gonflé de sa science anatomopathologique, s'est enlizé dans ses ridicules médications. En méditant sur ses notes navrantes, on se sent le cœur serré à la pensée qu'aujourd'hui la médecine peut si facilement et si rapidement triompher de toutes les maladies du foie, dans des cas beaucoup plus graves que celui de l'Empereur. C'est pour nous une infinie tristesse de songer que si la Filudine avait été inventée, Napoléon demeurait victorieux de sa maladie et du climat. Ce n'est pas à 52 ans qu'il aurait disparu, il aurait, au moins, atteint les âges avancés de quelques-uns de ses ascendants et d'autres membres de sa famille. Une survie de moins de dix ans, c'était la face du monde absolument changée. En 1830, Charles X fuyait, et la France, excédée de sa triste expérience de monarchie légitime, acclamait Napoléon!

Quand on a constaté les miracles quotidiennement réalisés par la Filudine, il est impossible de ne pas pleurer de rage en suivant le calvaire du Grand Homme, et je défie tout bon Français de ne pas ressentir profondément ces douloureux sentiments.

Bactériothérapie Lactique

par le Dr BOUHEY

Ex-médecin de l'Hôpital Emile Loubet

La bactériothérapie par les ferments lactiques, personne ne l'ignore, trouva dans Metchnikoff son premier préconisateur.

Le savant bactériologiste ayant constaté cliniquement ce qu'une vieille observation empirique avait déjà enseigné, à savoir que la multiplication de ces microbes bienfaisants dans le tube digestif diminue la toxicité du contenu intestinal et, en unifiant la flore, régularise du même coup les fonctions de l'intestin.

Metchnikoff remarqua qu'une espèce surtout, le bacille bulgare, exerce une action favorable et se montre plus particulièrement active.

Ces observations, naturellement, ne pouvaient manquer d'être le point de départ de nombreux travaux sur les ferments du lait.

Les recherches poursuivies rapidement de tous côtés confirmèrent les premières observations et établirent sans réplique la *supériorité du bacille bulgare* sur toutes les autres races de ferments lactiques.

Utilisés dès l'abord dans des cas de gastro-entérites infantiles, ces microorganismes donnèrent cliniquement des résultats excellents

vation, purement clinique, il est vrai, de Laveran, cet auteur se demande si la glande thyqui conduisirent hien vite à étendre la médication ; en effet, les ferments lactiques furent prescrits dans les diverses sortes d'entérite et cette fois encore leur action se montra des plus favorables. On constata que les états diarrhéiques, sonvent aussi la constipation, étaient améliorés sous leur inflnence et qu'il en était encore de même des divers accidents provoqués par toutes les intoxications d'origine gastro-intestinale.

En somme, à l'heure présente, l'usage des ferments lactiques est définitivement entré dans la pratique thérapeutique qui les utilise spécialement pour le traitement des différentes formes d'entérites, jusques et y compris l'entérite tuberculeuse où leur emploi, sous la condition de n'être pas trop longtemps prolongé, ne peut faire redouter, comme on l'avait craint un instant, la déminéralisation de l'organisme.

Des expériences toutes récentes ou en cours établissent, en effet, de la façon la plus précise que l'administration des ferments lactiques durant un temps réglé et à doses appropriées permet, au contraire, parfaitement la fixation des sels de chaux sous forme de lactate de chaux préparé *in situ* dans l'intestin, par conséquent vivants et assimilables.

En somme, il est acquis aujourd'hui que tous les états diarrhéiques et aussi la constipation, que la dysenterie, la fièvre typhoïde, le choléra même, que l'eczéma des nourrissons, la furonculose, les acnés, les dermatoses variées, la migraine liée aux états gastro-intestinaux, l'artério-sclérose, enfin, trouvent dans les ferments lactiques un agent thérapeutique de premier ordre.

Mais, l'excellence de ces ferments étant ainsi reconnue, comment les administrer au malade ? Sons forme de Bulgarine Thépenier, *qui est une préparation contenant seulement le bacille bulgare acclimaté à la température de 37 degrés, sur milieu strictement végétal, sans peptones ni malto-peptones, ceux-ci offrant l'inconvénient d'introduire dans l'organisme des albumines pouvant devenir de véritables générateurs de putréfaction ainsi que l'a si bien constaté le Dr Paul Faucheux* (1). Elle constitue sans discussion la préparation de choix, tant en raison des soins apportés à son ohtention que parce qu'elle ne renferme strictement que du hacille hulgare.

Préparée sous trois formes pharmaceutiques : 1° un houillon extrêmement actif qui assure l'ensemencement rapide de l'intestin, mais est d'une conservation limitée ; 2° celle de comprimés qui permettent, au contraire, de conserver presque indéfiniment l'activité des bacilles à l'état de vie latente ; 3° celle de poudre facile à employer en médecine infantile, en oto-laryngologie et stomatologie, la Bulgarine Thépenier se prête à toutes les exigences de la thérapeutique et donne toutes les garanties désirables au médecin.

On ne saurait, en vérité, demander mieux, ni davantage.

REVUE CLINIQUE

La coexistence de la Hernie épigastrique avec l'ulcère et le cancer de l'estomac

Cette question, posée récemment devant l'Académie de Médecine par le Dr Poisson (de Nantes), est de celles qui présentent, au point de vue pratique, un réel intérêt. Voici ce dont il s'agit : Un certain nombre de malades se présentent au chirurgien, porteurs de hernies épigastriques siégeant sur la ligne blanche entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde et accusant en même temps des troubles digestifs, douleurs violentes, vomissements, qui sont mis sur le compte de la hernie. On opère, les troubles digestifs ne sont en rien modifiés et l'évolution ultérieure de la maladie démontre que les troubles accusés par le malade étaient dûs à une lésion de l'estomac, ulcère ou cancer, et qu'il y a eu purement et simplement coïncidence entre les altérations gastriques et la hernie.

Cette notion n'a pas d'importance seulement au point de vue du pronostic. Elle a un intérêt majeur au point de vue thérapeutique. Il importe, en effet, en pareil cas, de ne pas se contenter de la cure radicale de la hernie ; il faut, de toute nécessité, y joindre une laparotomie exploratrice qui permettra d'appliquer aux lésions concomitantes de l'estomac, le traitement dont elles sont justiciables.

(1) Docteur Paul Faucheux, De la médication par les ferments lactiques, *Centre Médical 1910*.

Thyroïdite suppurée à bacilles d'Eberth sans fièvre typhoïde

Par le Docteur A. RISPAL
Professeur à la Faculté de médecine

On sait aujourd'hui que l'inflammation aiguë de la glande thyroïde est presque toujours une lésion secondaire survenant au cours d'une infection. Parmi les maladies infectieuses susceptibles de provoquer la thyroïdite, il faut citer en première ligne la fièvre typhoïde. Si l'on consulte, en effet, l'excellente revue générale consacrée par Jeanselme, en 1895, dans la *Gazette des Hôpitaux*, à l'étude des thyroïdites et strumites infectieuses, on voit que c'est assurément dans la fièvre typhoïde que les complications thyroïdiennes sont le plus fréquentes.

Lebert, en 1862, en connaissait déjà 6 observations ; Liebermeister en compte 15 cas dont 6 terminés par suppuration ; Greiesinger mentionne 4 abcès thyroïdien sur 118 autopsies de dothiénentériqués ; Kocher, de Berne, en cite 3 cas ; Détrieux, dans sa thèse, en donne un fait personnel ; Charvot, dans son travail sur les goîtres sporadiques infectieux, rapporte des cas de Forgue, Hublé, Boucher, Laveran. De nouveaux faits sont consignés dans la thèse de Pinchaud. Starr, Zoniovitch, Musser, Audebert, Albert-Kohn et Lichteim (de Kœnisberg) ont observé des cas de strumite après la fièvre typhoïde.

Il serait facile actuellement de réunir plus d'une centaine de cas de ce genre, mais c'est seulement depuis l'avènement des recherches bactériologiques que l'on est mieux fixé sur la nature exacte de cette complication de la fièvre typhoïde.

Tantôt, en effet, le pus trouvé dans la glande renferme le bacille d'Eberth à l'état de pureté, ainsi que le démontrent les observations de Colzi, Baatz, Kocher, Dupraz, Tavel, Schudmak et Vlachos, Bastarelli, H. Roger. Tantôt ce bacille y est associé à des microbes pyogènes comme dans les faits de Spirig, de Chantemesse, de Jeanselme. Enfin, il est probable que certaines collections thyroïdiennes développées chez des typhiques ne relèvent point du bacille d'Eberth, tels les abcès thyroïdiens observés par Griesinger dans l'infection purulente secondaire à la fièvre typhoïde.

Nous avons observé nous-même un cas de thyroïdite suppurée causée par le bacille d'Eberth et survenue dans des conditions spéciales qui nous ont paru présenter un intérêt particulier.

Une jeune femme de vingt-quatre ans entrait, le 5 octobre dernier, dans notre service de l'Hôtel-Dieu pour une tuméfaction douloureuse de la région thyroïdienne. On apprenait, en l'interrogeant, qu'elle n'était pas atteinte de goître et n'avait jamais été malade. Elle souffrait, depuis un mois, à la suite d'un refroidissement, de douleurs au niveau de la partie médiane et antérieure de la base du cou qui s'irradiaient vers la région latérale droite jusque dans l'oreille. Malgré ses souffrances et une fatigue générale, elle continua pendant quinze jours encore son travail de modiste, mais elle fut alors prise de frissons suivis de fièvre chaude, de céphalée, de vomissements et d'un peu de diarrhée qui l'obligèrent à s'aliter pendant hnit jours. Pendant ce temps, la région sous-hyoïdienne commence à se tuméfier en même temps que les douleurs deviennent de plus en plns vives, accompagnées de gêne de la déglutition, de toux et de dyspnée. Un médecin de la ville, consulté à ce moment, déclara qu'il s'agissait probablement d'une inflammation aiguë de la glande thyroïde et prescrivit des compresses humides et des cachets calmants.

C'est alors que la malade vint à l'hôpital, la tête penchée en avant, immobilisée par la douleur, tandis qu'on apercevait au milieu de la partie médiane antérieure de la base du con une saillie arrondie, du volume d'une petite pomme, recouverte d'une peau tendue et violacée. A la palpation, on sentait une tumeur fluctuante à son centre avec empâtement périphérique, suivant les mouvements d'élévation et d'abaissement de la trachée pendant la déglutition et très douloureuse. Il n'existait pas d'autre symptôme qu'une légère fièvre, 38°,4 et un peu d'embarras gastrique.

Le diagnostic d'abcès thyroïdien n'était pas douteux et une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz permit tout de suite d'aspirer, quoique avec difficulté, quelques gouttes de pus très épais destiné à l'examen bactériologique. Une petite incision pratiquée le lendemain donna issue à une notable quantité de pus louable, jaune-verdâtre, et fut suivie d'un lavage de la cavité de l'abcès, avec une solution d'eau oxygénée. Au bout de deux jours, la température était retombée à 37°, les douleurs avaient cessé. l'appétit revenu sans que la cicatrisation et la guérison rapide fussent troublées par le moindre incident.

L'examen microscopique du pus sur frottis colorés par les méthodes ordinaires ne montra que des polynucléaires en voie de destruction sans qu'on pût découvrir des bactéries. En revanche, l'ensemencement dans du bouillon donna en vingt-quatre heures un trouble avec ondes moirées et sur gélose plusieurs colonies arrondies minces et transparentes. En examinant au microscope sans coloration une goutte de ce bouillon, on apercevait exclusivement un petit bacille très mobile qui se colorait facilement par les couleurs basiques d'aniline et ne prenait pas le Gram. Les cultures faites en gélatine, pommes de terre, dans le bouillon lactosé carbonaté, dans le lait tournesolé, dans le petit lait tournesolé de Petruschky et dans l'agar glucosé au rouge-neutre présentèrent tous les caractères propres au bacille d'Eberth. La réaction de l'indol était également négative. Enfin, ce bacille était agglutiné au 1/500e par le sérum antityphique de l'Institut Pasteur et le sérum sanguin de la malade agglutinait au 1/60e son propre bacille ainsi qu'un échantillon de bacille d'Eberth conservé au laboratoire pour le sérodiagnostic.

Il s'agissait donc, à n'en plus douter, d'une thyroïdite suppurée à bacilles d'Eberth, en apparence primitive, c'est-à-dire non précédée d'nne fièvre typhoïde dont la nature n'avait même pas été soupçonnée par l'examen clinique et que seules les recherches bactériologiques ont permis de rattacher à sa véritable cause.

Ce n'est pas ainsi que les choses se passent d'habitnde, car la thyroïdite apparaît ordinairement au début de la convalescence d'une fièvre typhoïde plus ou moins grave. Cette complication peut cependant survenir d'une façon plus précoce au cours même de l'affection: Jeanselme en a observé un exemple au deuxième septenaire et Kocher en cite un cas développé au troisième jour de la maladie. Dans une obser-

roïde n'a pas été le premier organe touché par l'infection typhique. Mais encore s'agissait-il dans ces cas, malgré la précocité de la thyroïdite, de fièvres typhoïdes reconnues cliniquement tôt ou tard. Il n'en est pas ainsi dans deux observation non plus que dans deux faits de strumite en apparence primitive, où Tavel trouva le bacille d'Eberth en culture pure et put établir la véritable nature de l'affection en l'absence des symptômes habituels de la fièvre typhoïde.

Il semble donc que la glande thyroïde puisse être exceptionnellement l'unique localisation de l'infection éberthienne. On connaît d'ailleurs quelques exemples de cette localisation du bacille d'Eberth sur certains organes en dehors de la fièvre typhoïde. Nous avons publié ici même, en 1902, une observation de cholécystite calculeuse à bacille d'Eberth sans fièvre typhoïde antérieure, ainsi que l'ont vu également Longuet, Cushing, Richardson. Deux ans plus tard, dans un travail d'ensemble sur les formes extra-intestinales de l'infection éberthienne, Bezançon et Philibert ont réuni la plupart des localisations connues du bacille d'Eberth sur un organe quelconque sans participation de l'intestin. Parmi ces formes localisées, on compte des méningites, des broncho-pneumonies, des cholécystites, des néphrites, des arthrites, des appendicites, qui auraient évolué sans état typhoïde ni symptômes intestinaux et dont la nature étiologique serait restée inconnue sans l'examen bactériologique ou le séro-diagnostic.

Pour répondre aux objections qui pourraient être opposées aux faits précédents, il est nécessaire de spécifier que la prétendue absence de fièvre typhoïde s'étend seulement au point de vue clinique et vise les cas où les symptômes généraux et intestinaux classiques ont fait défaut. Sans parler, en effet, des formes latentes ou très atténuées qui évoluent sans phénomènes généraux ou un minimum de symptômes au point qu'elles passent inaperçues du malade et du médecin, on sait aussi que l'absence de signes intestinaux n'exclut pas l'existence de lésions iléo-cæcales. Par conséquent, l'absence de fièvre typhoïde doit être plus souvent apparente que réelle et il est certain que l'emploi des procédés actuels de recherche du bacille d'Eberth, dans le sang ou dans les selles, donnerait, dans ces cas frustes, un résultat positif.

En outre, il est possible qu'on ait confondu quelquefois, surtout en ce qui concerne les observations anciennes, tant au point de vue clinique que bactériologique, l'infection éberthienne vraie avec les infections paratyphoïdes, étant donné surtout que ces dernières évoluent le plus souvent avec une grande bénignité, sans troubles intestinaux appréciables et provoquent quelquefois des suppurations localisées.

Malgré toutes ces réserves, il n'en demeure pas moins établi que l'infection éberthienne, c'est-à-dire la pénétration du bacille d'Eberth dans la circulation, n'entraîne pas toujours une fièvre typhoïde avec ses symptômes et ses lésions intestinales classiques, mais peut se manifester quelquefois par des infections locales en apparence primitives et indépendantes de toute fièvre typhoïde passée ou présente.

Pour expliquer ces localisations particulières de l'infection éberthienne, on a pu incriminer quelquefois l'existence de lésions antérieures des organes atteints, tel le goître antérieur dans les cas de Tavel comme dans un grand nombre d'autres thyroïdites, mais cette interprétation ne saurait s'appliquer à notre malade qui n'était point atteinte de goître.

Pour conclure, nous désirerions avant tout insister sur les services que peut rendre l'examen bactériologique dans des cas où la clinique est impuissante à déterminer la nature exacte de certaines infections locales en apparence primitives et qui sont cependant liées à une infection générale passée inaperçue (1).

(1) Soc. de médec. de Toulouse.

REVUE DE PATHOLOGIE

Les phénomènes d'osmose gastrique et leur importance en pathologie

Par le Docteur L. PRON

A côté des éléments anatomiques : glandes, muscles et nerfs, auxquels correspondent les fonctions : chimique, motrice et de sensibilité, il faut faire une place, dans la physiologie normale et pathologique de l'estomac, aux capillaires de la muqueuse et aux phénomènes d'osmose. C'est là un point important, sur lequel certains auteurs ont attiré l'attention depuis quelques années, mais qui est néanmoins trop oublié en général.

La congestion de la muqueuse gastrique qui se produit à l'occasion de chaque repas et qui règle, dans une certaine limite, la sécrétion glandulaire (puisqu'en ligaturant les artères de l'estomac, la quantité du suc gastrique diminue, de même que son acidité) a un autre rôle. Elle tend à établir l'équilibre moléculaire entre le contenu gastrique et les humeurs de l'organisme, en particulier le sérum. Par un afflux d'eau et de chlorures, les solutions ou aliments hypertoniques sont dilués ; inversement, par résorption aqueuse à travers la paroi de l'estomac, la concentration moléculaire des solutions hypotoniques est augmentée.

Ce retour à l'équilibration est conforme aux lois qui régissent les échanges entre les membranes et qui ont été établies, entre autres, par Achard, Gaillard, Carnot et Chassevant, Lœper et Esmonet. En ce qui concerne spécialement l'estomac, c'est le cycle physique de Winter.

J'aurai en vue ici surtout le phénomène de dilution (endosmose).

L'ingestion d'un verre d'eau de Rubinat (qui contient par litre 104 grammes de sels, dont 96 de sulfate de soude) provoque dans l'estomac l'afflux d'une quantité de liquide huit fois supérieure. 150 grammes d'eau de mer déterminent la production de 500 grammes de liquide, 150 gr. de sirop de saccharose agissent de même. L'ingestion de 80 grammes de sirop de sucre est suivie, au bout de dix minutes, d'une distension de l'estomac équivalant à celle déterminée par 200 cc. de liquide. Un gramme de chlorure de sodium, 1 gr. 50 de bicarbonate ou de phosphate de soude dilués dans 65 grammes d'eau produisent un appel d'eau d'environ 75 centimètres cubes (1).

Les aliments salés, tels que le bouillon de viande, ou très sucrés, tels que les confitures, le chocolat, les sauces, les graisses, agissent de même.

Cette dilution est nécessaire pour que l'estomac vide son contenu dans l'intestin, puisque le pylore, ce grand régulateur — à divers titres — de l'évacuation gastrique, ne s'ouvre qu'aux solutions isotoniques. Dans une série d'expériences, Carnot (2) a montré qu'immédiatement après l'absorption de 200 cc. d'eau salée physiologique, une partie passe dans le duodénum et qu'au bout de cinq minutes plus de la moitié du liquide est éliminée, le reste l'étant un quart d'heure après. Il n'en est plus ainsi des solutions fortement salées, qui restent dans l'estomac jusqu'à ce que leur dilution soit suffisante.

Si telle est la manière de se comporter de l'état normal, on conçoit ce qui se passe à l'état pathologique.

Sans aller jusqu'à dire avec certains auteurs que tout estomac d'adulte présente des lésions de gastrite plus ou moins étendues — opinion peut-être défendable, étant donné le rôle de défense que l'estomac a à remplir contre les attaques perpétuelles auxquelles il est en butte — je crois qu'il est permis d'émettre cette idée qu'au point de vue clinique, il est absolument impossible de distinguer une vieille dyspepsie (maladie sans lésions, par définition *théorique*), d'une gastrite et que la plupart des gastropathies anciennes sont en réalité des gastrites généralisées, comportant, entre autres lésions, une inflammation chronique de la muqueuse, c'est-à-dire une dilatation permanente des capillaires, une vascularisation anormalement développée.

Après un repas normal, les phénomènes d'endosmose de la muqueuse ne peuvent plus être normaux. C'est-à-dire que l'afflux de liquide aqueux ne peut plus se borner à établir l'équilibre moléculaire du contenu gastrique ; il se fait rapidement et en trop grande quantité, en raison directe de l'augmentation du nombre et du calibre des capillaires. Si au point de vue chimique, il s'ensuit un abaissement du degré de l'acidité de la sécrétion glandulaire, abaissement utile dans les nombreux états hyperchlorhydriques, il y a, au point de vue mécanique, augmentation plus ou moins brusque du volume du contenu gastrique comme si le malade avait ingéré beaucoup de liquide à son repas ; il en résulte une augmentation de travail par la musculeuse, une évacuation retardée et secondairement une distension, puis une dilatation de l'organe.

Toutes les substances alimentaires trop concentrées et toutes les matières *irritantes* pour la muqueuse (*indépendamment de leur degré de concentration*), augmenteront aussi l'afflux de liquide. Il en sera de même de toutes les causes agissant d'une façon nocive sur l'estomac, à distance : fatigue physique, excès intellectuels, etc.

A la longue, cette endosmose exagérée devient permanente, au lieu d'être accidentelle ou intermittente, elle aboutit au catarrhe aqueux chronique, l'estomac n'est jamais vide, même quand il a évacué en totalité son contenu alimentaire (1).

La preuve de la nature de ce catarrhe aqueux réside dans les deux constatations d'ordre chimique suivantes :

1° *L'abondance de chlorures.* — Alors que la quantité de chlorures est d'environ 2 grammes dans le suc gastrique, d'après Schmidt, on en trouve un taux bien supérieur dans la plupart des liquides gastriques examinés ; j'en ai trouvé 6 grammes dans le liquide vomi à jeun chez une jeune femme avant tout nerveuse, mais souffrant depuis longtemps de l'estomac ; il y avait absence d'acide chlorhydrique libre et de débris alimentaires, 6 gr. 20 dans un cas de dilatation aiguë de l'estomac (2) et en moyenne 8 grammes dans le liquide d'hypersécrétion continue, examiné à jeun et exempt de débris alimentaires. *Le plasma sanguin en contient de 7 à 8 grammes.*

2° *La présence d'albumine.* — En supprimant pendant un jour tout principe albumineux de l'alimentation des hypersécréteurs continus et en faisant, de très bonne heure le lendemain matin, un lavage complet de l'estomac avec de l'eau ordinaire, on trouve d'une façon à peu près constante de l'albumine dans le liquide présent dans l'estomac quelques heures après. J'en ai publié en 1908 deux cas, où l'analyse chimique montrait qu'il s'agissait de *sérine* (3) ; depuis quatre ans, c'est-à-dire depuis que je fais d'une manière systématique le tubage *à jeun* chez les vieux gastropathes, j'ai vérifié maintes fois ce fait, qui montre au surplus le peu de valeur de la réaction de Salomon pour le diagnostic du cancer de l'estomac.

3° Certains malades régurgitent ou vomissent

(1) LOEPER. — Leçons de pathologie digestive (2e série 1912), p. 149 et 153.
(2) *Archives des maladies de l'appareil digestif* (1907), p. 660.

(1) Il va de soi que je ne fais pas allusion à l'hypersécrétion continue ou syndrome de Reichmann, qui est un catarrhe *chlorhydrique* et non aqueux ; *l'un et l'autre coïncident souvent*, mais ils ont une origine différente, outre leur différence de nature. Coutaret les distinguait déjà.
(2) Société de Médecine de Paris (14 janvier 1910).
(3) *Ibidem.* (9 octobre 1908). Cette albumine, digérée par l'estomac, explique la réaction du biuret, qui est à peu près constante.

à l'exclusion de tout aliment, un liquide subjectivement salé.

Au point de vue séméiologique, le phénomène de l'endosmose gastrique conduit à deux remarques importantes :

1° Quand on trouve un clapotage net, par exemple à 11 heures du matin, chez un dyspeptique invétéré, qui a pris à 5 heures une tasse de lait, on n'est nullement en droit de conclure à une évacuation retardée ; il se peut que le pylore soit entièrement libre et tout le lait passé dans l'intestin. Il peut y avoir transsudation plasmatique (ou hypersécrétion continue ou les deux).

2° La sécrétion proprement dite de l'estomac, c'est-à-dire glandulaire, peut être hyperchlorhydrique ou hyperacide et l'analyse déceler une acidité normale ou même faible, à cause de la dilution effectuée par le liquide d'endosmose, dilution dont le taux est inconnaissable.

Presque toujours, il existe un rapport inverse entre l'excrétion urinaire et la quantité de liquide contenue dans l'estomac dilaté ; plus l'estomac est distendu et clapote (en dehors des cas de sténose), moins il y a d'urine émise ; au contraire, l'amélioration de l'état gastrique s'accompagne d'une augmentation de la quantité d'urine.

Fait plus intéressant : le liquide gastrique est riche en chlorures et l'urine souvent déficitaire sous ce rapport. Déjà M. Leven avait fait cette remarque ; je l'ai constatée plusieurs fois ; dans le cas cité plus haut d'une malade qui vomissait à jeun un liquide sans acide libre et contenant 6 grammes de chlorure l'urine n'en renfermait que 3 grammes.

En résumé, l'*endosmose* anormale constitue un élément important en pathologie gastrique, indépendamment des troubles purement *sécrétoires* auxquels elles peut être associée.

Diminuer cette transsudation exagérée, c'est-à-dire faire que l'estomac à quantité égale de boissons et d'aliments ingérés soit moins rempli et moins distendu, c'est apporter une aide sérieuse à la guérison, indépendamment des autres moyens thérapeutiques indiqués.

Il y a quelques années, j'ai appelé l'attention sur les bons résultats que fournit la belladone dans la dilatation gastrique sans sténose (1). Médicament de premier ordre dans l'hyperchlorhydrie simple ou compliquée, où elle agit comme anti-sécréteur, elle constitue un moyen efficace également dans les états gastriques accompagnés de flaccidité de la paroi et où domine le symptôme clapotage tardif, quel que soit le type chimique. En se comportant comme anhydrotique, c'est-à-dire en diminuant l'afflux du liquide d'osmose, elle assèche en partie la cavité gastrique (s'il est permis de s'exprimer ainsi) et, diminuant la distention et le travail mécanique de l'estomac, elle permet rapidement une rétraction de la musculeuse.

Pour terminer, j'insiste sur le grave inconvénient qu'il y a à administrer *aux dyspeptiques* des purgatifs salins concentrés ou irritants, comme on le fait généralement à la légère ; la simple observation chimique montre cet inconvénient, qui s'explique et se comprend par la notion d'osmose (2).

(1) Société de thérapeutique (13 octobre 1909).
(2) Soc. des méd. de Paris.

REVUE DE CHIRURGIE

Le signe de la clef dans la coxalgie au début

Par le Docteur H.-L. ROCHER
Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux

Le diagnostic de la coxalgie, particulièrement chez les petits enfants, et de certaines coxalgies frustes est souvent très difficile. Que de fois chez des enfants amenés pour une légère défectuosité de la marche, on un peu de douleur dans le genou, on peut passer à côté du vrai diagnostic lorsque l'examen n'est pas minutieusement fait. J'ai souvent remarqué, en effet, que la recherche de la limitation des mouvements de la hanche, notamment de l'abduction, l'exploration de la tête fémorale par la pression digitale ne pouvaient donner de renseignements précis ; l'enfant se défend, se contracte, accuse de la douleur à chaque point comprimé ; un fait m'a également frappé depuis longtemps, c'est que même sur des articulations normales et chez des enfants intelligents, la pression de la tête fémorale au triangle de Scarpa détermine une sensibilité douloureuse, d'où possibilité d'erreur dans l'interprétation de ce signe. Et, je le répète, les signes du début d'une coxalgie chez un petit enfant sont incertains et peu nombreux.

Pratiquez au contraire la manœuvre de la clef chez un enfant qui est au repos, dans le décubitus horizontal ; aussitôt du côté du malade, sons cette recherche faite le plus légèrement possible, vous verrez apparaître la contraction réflexe de défense des muscles du bassin et de la cuisse et une petite douleur qui ne se seront pas produites du côté sain, que vous prendrez toujours la précaution d'explorer en premier.

Cette manœuvre consiste à pratiquer un mouvement de torsion, le membre inférieur étant tenu en extension et saisi au niveau du pied par la main droite qui le tourne comme une clef, soit en dedans, soit en dehors par petit coup brusque répété une à deux fois. Cette manœuvre est supérieure aux renseignements donnés par la percussion du grand trochanter du genou, du talon qui souvent, même dans les coxalgies les plus franches et déjà avancées, ne détermine pas de douleur au niveau de la hanche : c'est là un fait que tous les chirurgiens d'enfants connaissent bien et, quand le signe de la clef est positif, il indique qu'il existe soit des lésions tuberculeuses synoviales de la hanche, soit un retentissement articulaire d'une lésion qui n'a pas encore dépassé le territoire osseux de l'extrémité supérieure du fémur.

Cette manœuvre n'a de valeur véritable que tout à fait au début de la tuberculose de la hanche ; elle vient s'ajouter, quand elle est positive, aux renseignements donnés par la radiographie, qui n'est pas toujours à la portée des praticiens; car du diagnostic et du traitement précoce dépend, on le sait, l'heureuse évolution de la coxalgie (1).

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

De la délivrance dans les Malformations utérines

Par M. le Docteur M. LE BESQUE

Dans les cas de malformation utérine, la délivrance est, pour les deux tiers des cas, anormale, présentant des symptômes particuliers et d'antant plus accentués, d'autant plus graves que la malformation est plus prononcée.

D'une manière générale, la malformation la plus fréquente porte sur le développement plus marqué de l'une des deux cornes utérines. Le plus souvent, dans 70 0/0 des cas, la corne droite est le siège de cette malformation ; dans 20 0/0 des cas, c'est la corne gauche qui est la plus développée ; quant à l'utérus cordiforme type, il ne rentre que dans la proportion de 10 0/0 dans les cas de malformation.

D'ailleurs, nous avons le moyen de faire le diagnostic rétrospectif d'une malformation utérine, en reproduisant l'œuf qui n'est en somme qu'une reproduction de la cavité utérine dont les parois peuvent être considérées comme le moule.

Il suffit, en effet, d'étaler cette poche l'orifice en bas, avec le cordon à l'intérieur, pour reconstituer facilement la disposition et la forme de l'œuf dans la cavité utérine. Dans les cas de malformation utérine il existe, sur les membranes d'origine maternelle, une particularité intéressante, permettant d'en faire le diagnostic rétrospectif.

C'est un épaississement plus ou moins notable de la caduque au niveau d'insertion de l'une des cornes, ou même des deux, comme dans les cas d'utérus cordiforme.

Il est bien évident que cet épaississement n'est pas toujours très marqué et bien souvent il faut un œil exercé et une grande habitude pour faire ce diagnostic rétrospectif. Celui-ci est même parfois impossible. On doit, malgré ces difficultés, faire ce diagnostic rétrospectif quand on soupçonne une malformation, car les indications que l'on peut en tirer présentent une importance capitale. On peut expliquer pourquoi l'accouchement a été prématuré et on peut donner des conseils pour une prochaine gestation.

Les anomalies qu'on relève dans les deux tiers des cas des délivrances pour les utérus malformés sont les suivantes :

LA RÉTENTION TOTALE OU PARTIELLE DES MEMBRANES est assez fréquente. Les membranes d'origine maternelle, la CADUQUE, restent assez souvent dans la cavité utérine, surtout si à la malformation vient se surajouter de l'endométrite qui, par la vascularisation et l'épaississement de la caduque, est une cause de plus de rétention.

La délivrance est le plus souvent lente à s'effectuer, demande une ou deux heures ou nécessite LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE.

Des ACCIDENTS GRAVES, des HÉMORRAGIES ABONDANTES ont imposé une *intervention prompte* et des soins tout particuliers.

Dans 33 0/0 des cas on doit pratiquer la délivrance artificielle.

La délivrance artificielle dans les cas de malformation utérine présente souvent de grandes difficultés. D'une façon générale le placenta est beaucoup plus adhérent, et c'est péniblement que la main coiffée des membranes sur son bord cubital, arrive à le décoller. Il arrive quelquefois qu'il soit enchatonné dans une corne et l'opérateur éprouve alors beaucoup de mal à l'en extraire.

Dans les utérus cordiformes, en particulier où la main rencontre cet éperon, vestige de la formation de l'utérus, on comprend très bien que le placenta soit comme emprisonné et difficile à extraire. L'*enchatonnement* vrai ne se rencontre que très rarement.

Il sera bon d'explorer la cavité utérine immédiatement après la délivrance, autant pour s'assurer qu'il n'y reste pas de cotylédon que pour se rendre compte de la forme exacte de la cavité.

Il semble que les accidents d'hémorragie soient dus à la contraction du placenta non décollé, au niveau d'une corne malformée (les contractions agissant mal et inégalement dans toutes les parties de l'utérus), tandis que le reste du placenta se trouve décollé.

En résumé, lorsqu'on aura fait le diagnostic de malformation utérine, il faut tout préparer en vue d'une délivrance artificielle possible. Au besoin même, prévenir la famille qu'une hémorragie pourra survenir.

On fera préparer tout ce qu'il est nécessaire pour faire une injection utérine à 50°

On ne manquera pas d'examiner soigneusement les membranes de l'œuf expulsé, lorsqu'on soupçonnera une malformation utérine, afin d'en tirer profit lors d'une gestation ou d'une délivrance futures.

REVUE D'UROLOGIE

Traitement des uréthrites chroniques par l'insufflation de vapeurs iodées

Depuis sa découverte par Courtois en 1811 l'iode a toujours tenu un rang important dans la thérapeutique et il ne faut pas croire que ses *applications chirurgicales* datent d'aujourd'hui

(1) *Gaz. hebd. des sc. médic.*

comme pourrait le faire penser la vogue dont il jouit depuis quelque temps.

La *teinture* est la forme sous laquelle l'iode a été le plus souvent utilisé. Mais les propriétés irritantes de la solution alcoolique la rendent dangereuse pour les muqueuses urinaires, surtout aujourd'hui, où les fantaisies du nouveau Codex ont fait substituer au titre du douzième celui du dixième, qui est trop caustique.

Pour faire agir l'iode sur la muqueuse urétrale et vésicale, M. le Dr Hamonic a eu l'idée de l'insuffler sous forme de vapeurs obtenues par la *sublimation du métalloïde*.

Ses expériences et sa première communication remontent à 1888. Les *enfumages iodés*, qui se répandent aujourd'hui dans la pratique chirurgicale, sont donc loin d'être une chose nouvelle.

Au début, M. Hamonic insufflait à l'aide d'un simple cathéter, les vapeurs obtenues en chauffant un petit récipient bitubulé contenant de l'iode métallique. Une des tubulures s'adaptait à une soufflerie et l'autre à une sonde de gomme à bout coupé qu'il introduisait dans le canal, à la profondeur voulue. L'air refluait d'arrière en avant entre le cathéter et la paroi urétrale en produisant un bruit particulier.

Il a ensuite perfectionné son instrumentation en imaginant une sonde parcourue dans son intérieur par un tube en ébonite. Entre les deux, un espace intercalaire permet à l'air projeté de refluer vers l'extérieur. Les vapeurs iodés lancées par la tubulure interne viennent se répandre sur la muqueuse, grâce à des fenêtres plus ou moins grandes et disposées de diverses façons suivant le point à atteindre.

Au début, il s'efforçait de ne pas envoyer l'iode sur la surface vésicale, redoutant une réaction irritative trop violente. Mais il s'est bientôt aperçu qu'il n'y a aucun inconvénient pour le malade et il s'est mis à traiter les cystites par le même procédé.

Aujourd'hui, il répand les vapeurs sur *toute la surface vésico-urétrale* en insufflant d'une façon continue pendant qu'il retire lentement son instrument.

En chauffant plus ou moins le réservoir d'iode on obtient trois degrés de vapeurs : *violettes, sombres et noires*, qui donnent des effets plus ou moins accusés suivant l'intensité de la coloration.

Le manuel opératoire est des plus simples. On introduit la sonde dans l'urètre ou la vessie ; on chauffe le ballon et on insuffle les vapeurs à travers la tubulure intérieure sur la muqueuse. L'air reflue d'arrière en avant, dans l'espace intercalaire.

Après chaque insufflation, il est nécessaire de nettoyer l'appareil avec de petits écouvillons imbibés d'alcool.

Les résultats immédiats sont une certaine *réaction inflammatoire* de courte durée, et la *transformation de l'écoulement purulent en un suintement séreux* transparent qui ne tarde pas à disparaître.

Une moyenne de dix insufflations est suffisante pour guérir les urétrites chroniques même rebelles.

Les vapeurs iodées exercent sur le tissu des strictures urétrales une *action résolutive* qui aide beaucoup à l'action des instruments dilatateurs, tout en faisant disparaître les suintements que présentent si souvent les rétrécis.

UN LABORATOIRE DES SPORTS

Ce laboratoire a figuré comme annexe, à l'exposition internationale d'hygiène de Dresde. Il s'y trouvait une série d'appareils à l'aide desquels on pouvait se rendre compte de l'influence exercée par les appareils de sport sur l'organisme humain. La ville de Charlottenburg, près de Berlin, a décidé d'acquérir ce laboratoire. Déjà la municipalité de cette ville a voté les crédits nécessaires à l'acquisition du terrain sur lequel s'élèvera le bâtiment destiné à abriter le laboratoire en question et à l'entretien de cette fondation.

REVUE D'HYGIÈNE

Recherches sur la putréfaction des Viandes de boucherie

Par M. PIETTRE
Docteur ès-sciences, lauréat de l'Institut

MM. Tissier et Mortelly ont fait de très intéressantes recherches sur la putréfaction des viandes ; malheureusement, ils étaient mal placés pour exécuter un travail complet. Nous avons profité du vaste champ d'expériences que présentent les Halles Centrales pour étudier de plus près cette question, la plus importante en inspection des viandes.

Nos recherches ont été publiées dans l'Hygiène de la Viande et du Lait (1911). Il en résulte que la première étape de la putréfaction est une fermentation ammoniacale et sulfhydrique due à une grosse bactérie, aérobie, très mobile, prenant le Gram, appartenant au groupe des proteus. Nous l'avons appelé « proteus hemosulfureus » à cause de son rôle très particulier. Cette putréfaction, bien connue de tous, est caractérisée par l'odeur ammoniacale et sulfhydrique, par la coloration verte des tissus, en particulier des graisses et enfin par la localisation de cette coloration au niveau des régions superficielles.

Les recherches bactériologiques montrent que c'est pendant la période de refroidissement du cadavre ou de la carcasse que le proteus envahit les tissus, les veines surtout, se multiplie et se propage au loin.

Pour lutter efficacement contre l'infection, il devient donc nécessaire de refroidir la viande aussitôt que possible aux environs de 15°, température très peu favorable au développement des bactéries. Ce refroidissement rapide, accompagné ou non de ventilation, hâte la rigidité musculaire et prépare la mise en chambres froides.

L'ignorance de ce premier stade de la putréfaction et des conséquences qui en découlent explique les graves mécomptes qu'a donné et donnera, si l'on n'y prend garde enfin, le frigorifique en France. En confiant au froid des viandes foraines (par conséquent presque sûrement souillées) on s'expose à la perte certaine de ces viandes.

Si de grandes précautions avant la mise au frigorifique doivent être prises pour les grosses pièces, boeuf, veau, mouton, porc, ces précautions doivent être plus minutieuses encore pour les petites pièces : gibiers, volailles, etc... Ces dernières sont, en effet, très exposées à l'envahissement microbien, d'abord parce que leurs surfaces cutanées et intestinales sont énormes par rapport à l'épaisseur des muscles, ensuite parce que le gibier surtout peut être rarement refroidi aussitôt après la mort. Il résulte de ces conditions défectueuses que ces matières sont le plus souvent souillées avant d'être conservées au froid et qu'elles le restent par conséquent après leur sortie.

Dans la pratique, les faits confirment cette manière de voir ; aussi nombre de pièces, volailles gibiers, expédiées du frigorifique de Londres sont reconnues infectées de bactéries et de moisissures.

Nos recherches conduisent au point de vue de l'hygiène, aux deux conclusions suivantes :

1° Dans l'état actuel de l'exploitation, partiellement défectueuse du frigorifique, contrôle sanitaire rigoureux des viandes, surtout de la volaille et du gibier, à la sortie des chambres froides. Surveillance toute particulière des marchandises d'origine étrangère.

2° Dans l'exploitation future du frigorifique basée sur des données scientifiques certaines, le contrôle de la salubrité des viandes sera fait non plus à la sortie mais à l'entrée du frigorifique. Les viandes introduites non souillées dans les chambres froides en sortiront indemnes.

CARNET DU PRATICIEN

Rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant.

Une fois le diagnostic établi, prescrire :

1° Le repos au lit qui devra être gardé jusqu'à la fin de la convalescence.

Ne permettre les sorties qu'après la disparition de toute fluxion articulaire. Par crainte des rechutes, se garder soigneusement de toute fatigue et des refroidissements ;

2° Pendant la période aiguë, alimentation liquide, lait, bouillon, potage, boissons diurétiques. Plus tard régime végétarien et revenir lentement à l'alimentation habituelle ;

3° Assurer la régularité des évacuations intestinales. En cas de besoin, prendre chaque soir un ou deux comprimés de jubol ;

4° Prescrire, dissous dans l'eau, l'urodonal à la dose de 4 cuillerées à soupe par jour durant toute la période fébrile. Plus tard, quand la fièvre sera tombée, on diminuera cette dose à trois puis à deux cuillerées à soupe.

Plus tard encore, une fois l'accès guéri on continuera l'urodonal à la dose de 4 cuillerées à café par jour, durant vingt jours par mois ;

5° En cas de fortes douleurs ou d'insomnie, donner au début de la nuit une ou deux cuillerées de la solution :

Hydrate de chloral.........	} àà	3 gr.
Bromure de potassium......		
Sirop d'éther..............		30 gr.
Eau de tilleul q. s. pour.....		150 cc.

6° Durant la période aiguë, envelopper les jointures malades dans un pansement ouaté et appliquer sur ces jointures un liniment calmant :

Laudanum	20 gr.
Chloroforme	10 gr.
Huile de jusquiame.............	150 c.c.

Défaillances et nausées

Contre les défaillances et nausées qui accompagnent souvent les crises de palpitations, on peut avec avantage prescrire la formule suivante :

Sirop de limon..............	30 grammes
Jus de citron...............	15 —
Eau distil. de fleurs d'oranger.	15 —
Eau de tilleul..............	60 —
Laudanum de Sydenham.....	XV gouttes
Ether sulfurique............	1 gramme

Peu avant l'emploi, ajouter :

Bicarbonate de potasse.......	1 gramme

Vomissements incoercibles de la grossesse

Interdire le bouillon de viande, le lait (surtout s'il est absorbé en même temps que d'autres aliments), le poisson de mer (à moins qu'il ne puisse être consommé très frais), les œufs (et avec les œufs, les entremets, pâtisseries, sauces, pâtes alimentaires, etc., qui en renferment).

On permettra :

— Au déjeuner du matin : du thé léger ou du cacao à l'eau ; un peu de pain, avec ou sans beurre.

— A midi : viande grillée ou rôtie *simplement apprêtée* (veau, bœuf, mouton, poulet), *associée à quatre ou cinq fois son poids de farineux*, de façon à diminuer dans des proportions considérables le taux des purines urinaires. Donner la préférence aux pommes de terre, au riz, au macaroni sans œufs, et rejeter les lentilles, les pois cassés, les fèves.

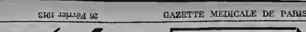
Compléter le repas par un légume vert et une compote.

— Le soir : potage farineux, légume frais de saison, compote de fruits

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 38.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE.



A NOS ABONNÉS

Nous offrons à nos abonnés les colonnes de la *Gazette Médicale de Paris* et serons heureux de faire paraître toute annonce relative à la vente ou à la cession de leur clientèle.

Il est bien entendu que nous mettrons en rapport avec le titulaire de l'annonce ceux de nos confrères qu'elle aura intéressés.

Les abonnés ont droit à deux insertions gratuites.

POUR LES NON ABONNÉS

L'insertion sera taxée à 0 fr. 25 le mot

OFFRES ET DEMANDES

Joindre à chaque lettre un timbre pour transmission.
Il n'est donné de réponses que par lettres.

523. — Est. **Seul médecin**, on fait la pharmacie. Recettes 10.000, une bicyclette suffit; fixes administratifs 1.500. Loyer 400. Prix 5.000. Clientèle susceptible d'augmentatioo avec auto.

524. — Seine-et-Oise. Localité agréable, 1/2 heure de Paris, **seul médecin**, recettes 9.500. On est médecin du chemin de fer, loyer 800. Prix 7.000.

530. — Côtes du-Nord. A céder pour raisons de santé, **clientèle bien assise**. recettes 12.000, on est médecin du chemin de fer. Pays très agréable : pêche, chasse: situation très avantagense, susceptible d'augmentation.

531. — Loiret. **Seul médecin, on fait la pharmacie**; 9.000 francs, fixe 1.500 francs un vélo suffit, loyer 350 francs, maison entière, indemnité peu élevée.

544. — Docteur sérieux, 36 ans, ayant grande habitude de la clientèle, connaissant la chirurgie d'urgence, accepterait offre d'association sérieuse. Ecrire au journal.

547. — **Dame** distinguée désirerait emploi sérieux dans clinique, situation de secrétaire chez docteur ou chirurgien-dentiste, apte à faire recherches bibliographiques ou travaux de rédaction. Ecrire A. C. M., au journal.

548. — **Médecin militaire** ayant démissionné s'intéresserait à toute affaire para-médicale sérieuse.

549. — **Interne des hôpitaux** désire connaître confrère âgé ayant belle clientèle, qui le prendrait comme assistant deux ans au moins et lui céderait ensuite. Discrétion assnrée. Ecrire au journal.

552. — **Docteur spécialiste**, voies urinaires, ayant clinique marchant bien désirerait trouver acbeteur disposant comptant sérieux.

553. — **Docteur** disposant de capitaux, désirerait s'associer daos maison de santé sérieuse.

VARIÉTÉS

Un Monument à Maurice Berteaux

SOUSCRIPTION NATIONALE

On sait qu'au lendemain de la mort cruelle de Maurice Berteaux, un comité s'est constitué en vue de l'érection à Paris, par souscription nationale, d'un monument à Maurice Berteaux.

Le comité d'bonneur a pour président : MM. Loubet, Dubost, Descbanel et Poincaré, et pour vice-présidents MM. Léon Bourgeois, Ribot, Charles Dupuy, Briand, Caillaux, de Freycinet, Sarrien, Combes, Monis, Doumer. Tous les ministres et les parlementaires républicains en font partie.

Le comité d'exécution est ainsi composé : président, M. Ranson, sénateur, président de la Société républicaine des conférences populaires.

Vice-présidents : MM. Aimond, sénateur; Emile Laurent, député; A. Dubreuil.

Secrétaires : docteur Léon Meunier; Léon Robelin.

Trésorier : M. Fabien Joly; archiviste : M. Welhoff; membres : MM. Dalimier, Morin, J.-L. Breton, députés; Chérioux, Hénaffe, conseillers municipaux; Chautard, ancien député; général Dubail, Ed Kleinmann, maire du XVIII[e] arrondissement de Paris; D[r] Rochefort, maire de Chatou; Boudouart, maire de Corbeil; Decros, maire des Lilas; Goust, maire de Nantes; Perillier ancien député; J.-M. Gros, directeur bonoraire du ministère de la Guerre; Charmeil, ancien chef du Cabinet civil; Salmon, L, Goujat. E. Lafon.

Le comité a décidé d'adresser au pays républicain l'appel suivant :

La reconnaissance du souvenir est le suprême hommage que les peuples doivent rendre à ceux qui, pendant leur vie, les ont généreusement servis.

En honorant la mémoire des grands citoyens morts pour la patrie, victimes du progrès humain et martyrs de sa gloire, une démocratie s'honore en elle-même.

Nulle vie ne fut mieux remplie que celle de Maurice Berteaux; sa mort, au champ d'honneur, fut celle d'nn soldat.

La France en deuil a suivi ses funérailles. Elle se doit à elle-même de perpétuer le souvenir d'un des meilleurs de ses enfants.

Nous faisons appel aux patriotes et aux républicains; nous sollicitons tous ceux qui, aimant par-dessus tout la France et la démocratie, ont contracté une dette de gratitude envers le patriote fervent, le républicain passionné que fut Maurice Berteaux.

Sa vie est trop connue, son œuvre a laissé une trace trop profonde, pour que nous rappelions longuement l'une et l'autre.

Entré dans la carrière politique en 1888, maire de Chatou, député et président du Conseil général de Seine-et-Oise, président de la Commission de l'armée et de la commission du budget, promoteur de la loi de deux ans et de la loi sur les employés et ouvriers de chemins de fer, vice-président de la Chambre, trois fois ministre de la guerre, Maurice Berteaux surprenait chacun par sa prodigieuse force de travail.

Inlassablement penché sur les humbles, pour les aider dans toute la mesure de ses forces, qui étaient grandes, il savait, en toutes occasions, trouver la parole qui console, le geste qui réconforte et rassure.

Son action vigoureuse et réfléchie a marqué d'une empreinte profonde toutes les lois politiques et sociales auxquelles il a collaboré.

La mémoire de Maurice Berteaux doit être éternisée.

La France élèvera à l'homme d'Etat, trop tôt disparu, dans des circonstances si nobles et si émouvantes, un monument digne d'elle. Elle se souviendra qu'il illustra par sa vie et par sa mort cette généreuse devise — la sienne :

« Pour la patrie, dans l'ordre républicain, par la justice et par la bonté ! »

La *Gazette médicale de Paris* s'associe à cet appel. Elle recevra les souscriptions que ses lecteurs et amis voudront bien lui adresser et les fera parvenir au trésorier du comité.

ÉCHOS

La « Croix-Rouge française »

La convention conclue le 21 janvier 1907 entre les trois sociétés qui constituent la « Croix-Rouge française »: Société française de secours aux blessés militaires, Association des Dames françaises, Union des Femmes de France. avait crée le Comité central de la « Croix-Rouge française » et défini les relations des trois sociétés avec le comité international établi à Genève

L'expérience a démontré la nécessité d'étendre et de compléter cette convention. En conséquence, un accord est intervenu qui prévoit l'action commune des trois sociétés en temps de guerre et règle le partage entre elles des dons, legs et souscriptions affectés à la « Croix-Rouge française ».

Cet accord, qui affirme l'unité de la « Croix-Rouge française », rendra plus efficace par l'entente qu'il établit entre les trois sociétés et par la coordination de leurs efforts communs, le concours qu'attendent d'elles l'armée et le pays.

Le signe de Demoor

Vos enfants présentent-ils le « signe de Demoor »? Non, n'est-ce pas; car malgré l'avantage apparent dont ils pourraient se targuer, ils ne resteraient, somme toute, que des anormaux ou des attardés.

Qu'est-ce donc que le « signe de Demoor »?

Le « signe de Demoor », du nom du docteur bruxellois qui vient de le découvrir, est la faculté que présentent certaines personnes, surtout les enfants, d'estimer, en les soupesant dans la main, celui de deux objets de poids à peu près identique, mais de volume bien différent, qui pèse le plus. Par exemple, un lot de plumes et un lingot de métal.

Le plus souvent l'homme normal, sain, vigoureux, se trompe et désigne l'objet le plus volumineux comme étant le moins lourd; mais l'idiot, l'imbécile, le *minus habens* ne se trompe presque jamais.

Le docteur Demoor, qui étudia cette curieuse question, a constaté que, sur 380 enfants de six à quinze ans, dans les mains desquels il mettait deux bouteilles inégales, entourées de papier noir, et contenant toutes deux de la limaille de plomb à poids identique, 370 répondirent sans hésitation *et se trompèrent*. Les dix autres *anormaux ou dégénérés, ne se trompèrent pas.*

C'est ainsi que se trouve vérifiée la parole de V. Cousin : « Le raisonnement est un instrument aussi bon pour l'erreur que pour la vérité. »

Influence du milieu social sur le développement de la taille.

MM. A. Marie et Mac-Auliffe ont récemment procédé à des mensurations portant sur 50 ouvrières parisiennes et sur 50 Parisiennes de la classe riche. Ces mensurations ont accusé, en faveur du second groupe, une différence atteignant une moyenne de 34 millimètres. Il résulte donc des recherches de ces deux auteurs que si le milieu ouvrier parisien fournit une moyenne de taille plus élevée que les autres milieux ouvriers, c'est dans la bourgeoisie et l'aristocratie riche que la taille atteint son plus grand développement.

Une Exposition de la falsification des denrées alimentaires à l'Exposition universelle de Gand 1913.

Les villes de Bruxelles, Gand, Liége et Anvers ont décidé d'organiser, à l'Exposition universelle de Gand, une Exposition nationale de la falsification et de l'altération des denrées alimentaires, ayant pour objet l'étude scientifique des fraudes alimentaires, et surtout l'éducation du consommateur.

La plupart des denrées de consommation quotidienne se prêtent à des falsifications nombreuses et que l'acheteur ignore ou ne peut aisément dépister. A côté de simples modifications de denrées, faites en vue de leur conservation, il y a des falsifications qui font courir un danger au consommateur et qui, diminuant la valeur nutritive des aliments, contribuent encore à la cherté de la vie.

L'exposition projetée s'efforcera d'offrir le tableau complet de ces diverses fraudes et des moyens déjà créés pour les combattre. Elle sera divisée en dix sections, respectivement qualifiées par les titres suivants : le Corps humain, le Lait, le Beurre, le Pain, les Epices, les Boissons fermentées, les Sucres, les Conserves, les Ustensiles de ménage et le Laboratoire. On y montrera le produit naturel, le produit pur et le produit diversement altéré. Des laboratoires où les denrées seront manipulées fonctionneront devant le public. Enfin, de nombreuses conférences, appuyées de projections cinématographiques, seront faites à l'Exposition par des médecins et des sociologues compétents.

Sur cette œuvre éminemment utile, un Congrès international pour la lutte contre la falsification des denrées alimentaires viendra se greffer, ce sera un Congrès social; il réunira tous ceux — savants, sociologues, législateurs et industriels — qui s'occupent de cette intéressante question. Dès à présent, on peut obtenir tous les renseignements désirables en écrivant à M. Antony Neuckens, secrétaire de l'Exposition de la falsification des denrées alimentaires, Hôtel de Ville, à Bruxelles (Belgique).

Le choléra transmis par les dattes.

On sait que, dès le début de l'expédition en Tripolitaine, le corps d'armée italien fut atteint par le choléra. L'épidémie régnait alors dans certaines villes du littoral italien; pour Palerme, notamment, les statistiques officielles indiquaient 1.500 cas de choléra et 500 décès. Les soldats du corps expéditionnaire furent soumis à des mesures prophylactiques sérieuses; malgré cela, peu de temps après le débarquement, la maladie commença ses ravages.

D'après les expériences des docteurs d'Ormea et Rizutti, chargés du laboratoire bactériologique de campagne, le vibrion cholérique était fort abondant sur les dattes achetées à Tripoli. Ces fruits avaient sans doute été contaminés par les mouches. Les eaux des puits étaient également infectées.

Défense fut faite aux hommes de boire de l'eau du pays non bouillie et de manger des dattes, et aussitôt l'épidémie décrut rapidement.

Le crâne des Auvergnats.

Legrand d'Aussy écrivait à la fin du XVIII[e] siècle, dans la relation de son voyage en Auvergne :

« Quand, en parcourant le pays des montagnes, je vis partout les paysans ne se mettre en route qu'armés d'un fort bâton, à bout noueux; quand on me dit que dans certains cantons ils ne sortaient jamais de leur logis qu'avec cette espèce de massue et qu'ils la portaient même jusque dans l'église; enfin, lorsque j'appris qu'ils se battaient fréquemment entre eux et que le combat consistait à frapper sur la tête, à coups redoublés, avec cette arme redoutable, je fus alarmé, et je dus l'être, tu en conviendras.

« En conséquence, dès que je trouvai à questionner, de confiance, des curés et des chirurgiens, je leur demandai combien, dans la paroisse, dans la ville ou dans le canton qu'ils habitaient, on comptait annuellement de gens assommés. Juge quelles furent ma surprise et ma joie, lorsqu'on me répondit que les morts et les meurtres de ce genre étaient fort rares. Il l'est même, me dirent les chirurgiens, que les plaies à la tête soient considérables et qu'elles aient du danger, parce que dans ces montagnes la boîte osseuse du crâne est considérablement plus épaisse que partout ailleurs. »

On a souvent dit que l'Auvergnat a la tête dure. Serait-ce autre chose qu'une simple métaphore?

Une carotte à forme humaine.

Cette carotte a été présentée par M. le docteur Llaguet à la Société Linnéenne de Bordeaux. Elle a été découverte par M. Tastet (de Sauveterre-de-Guyenne), dans un champ ne présentant aucune particularité. Le terrain était de nature siliceuse, un peu argileuse, la fumure légère et le semis de l'espèce dite carotte de Toulouse.

Le sujet dans son état naturel, feuillage en arrière, donne tout à fait la silhouette d'un Indien à longue chevelure. Il est à remarquer que la partie inférieure du thorax est nettement saillante, la paroi abdominale sillonnée transversalement d'une façon tout à fait plastique et, chose plus curieuse, la sexualité mâle est nettement indiquée.

84e Année (Série XIIIe) — No 188 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 5 Mars 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements ... 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 5 Mars 1913

A nos Collaborateurs.

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la *Gazette Médicale de Paris*, sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs, mettra, désormais, à leur disposition un tirage à part à 50 exemplaires, de leurs articles inédits qu'elle aura publiés.

ÉCHOS

Nos Amis.

Nous sommes heureux d'apprendre que M. le docteur Balzer, médecin de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de Médecine et membre du Comité de direction scientifique de la *Gazette Médicale de Paris*, vient de recevoir la cravate de commandeur de l'ordre de Saint-Olaf.

Au nom de tous les amis de la *Gazette Médicale*, nous lui adressons ici les plus vives et les plus sincères félicitations.

Deux donations

La Faculté de médecine de Paris est autorisée à accepter la donation faite par Mme Bessaignet veuve Dieulafoy, de deux titres de rente de 500 francs chacun, dont les arrérages seront employés à fonder deux bourses annuelles de 500 francs qui sous le nom de « Donation Georges Dieulafoy », seront destinées chaque année à couvrir de leurs frais de scolarité, d'examen et d'impressions de la thèse, deux étudiants français sans fortune ou peu fortunés.

La Faculté de médecine est également autorisée à accepter la donation faite par Mme Stevens, veuve Vivier, d'une somme de 28.000 francs, à charge d'en employer chaque année les revenus, suivant décision du conseil de cette Faculté, soit à doter l'une des cliniques médicales générales pour servir à leur développement scientifique, soit à distribuer des bourse ou missions à l'étranger, au point de vue médical aux époques et de la manière fixées par ledit Conseil.

Cette fondation portera le nom de « Fondation de M. le docteur Henry Vivier ».

Fondation Paul Segond

Un groupe d'amis reconnaissants, de collègues et d'élèves du professeur Paul Segond, ne pouvant se résoudre à voir s'éteindre un tel foyer d'activité bienfaisante, veut la continuer sous la forme d'une œuvre durable.

La Fondation « Paul Segond » honorera comme elle le mérite la mémoire de ce chirurgien remarquable, si plein de talent et de cœur, en perpétuant les actes généreux que sa bonté prévoyante lui fit si souvent accomplir.

La rente du capital souscrit permettra à des internes ayant fait leurs preuves de continuer et leurs recherches scientifiques et la préparation de leurs concours. L'attribution des bourses sera faite par le Conseil de la Faculté de Médecine de Paris.

La liste de souscription sera adressée ultérieurement aux donateurs et restera aux archives de la Fondation.

Les souscriptions sont reçues chez le Trésorier, M. Pierre Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Pour les renseignements, s'adresser à M. Olivier Lenoir, secrétaire, 47, rue de Verneuil. Téléph. : 750-30.

Le culte des Esprits à Mayotte

« La seule religion ou le seul culte qu'admettent les Mahorais, habitants de Mayotte, est le culte des morts, qu'ils pratiquent en offrant leur corps pendant une période indéterminée à l'incarnation des esprits.

Les pratiquants, longtemps avant la fête des morts, qui a lieu d'ordinaire après la cueillette de la récolte de riz, en juin, pendant la saison sèche, essaient de se faire initier, c'est-à-dire, de savoir si un esprit veut leur corps pour se manifester.

Ce sont ordinairement les femmes qui sont initiées ; mais il y a également quelques hommes.

Les personnes déjà douées, soit comme guérisseurs soit comme masseurs guérissant les entorses et foulures, ou remettant les membres déboités, forment des Ecoles où viennent ceux qui essaient d'être initiés.

Alors, pendant quelques jours, trois en général, les novices se rendent dans la case de la personne douée ; ils chantent au milieu d'essences qu'ils brûlent, des chants en l'honneur des morts, et ils répètent des prières. L'initiatrice distingue les personnes les plus douées, leur ordonne parfois des aspersions d'une eau aromatique avec des fleurs spéciales et quelques sujets, à la suite de ces cérémonies, affectent une allure étrange, changent de maintien, roulent leurs vêtements comme des hommes, rejettent leurs parures, réclament des armes ou prennent des allures méditatives : ils se passent alors de nourriture et de boisson pendant un temps indéterminé, parfois trois, quatre ou cinq jours, ne dorment plus ; puis, tout d'un coup sans que l'on ait rien essayé, ils reprennent leurs ornements leur tenue et leurs habitudes.

Au moment de la fête des morts, on se prépare par des prières et des chants dans tous les villages, et de presque tous ces villages sortent une ou deux personnes que l'on escorte en priant et en chantant, jusqu'au plus grand tombeau du pays, situé à la pointe Choa près de Mamoutzou (point d'arrivée à Mayotte). C'est le tombeau des anciens rois de Mayotte et le roi que l'on reconnaît à la suite qu'il indique prend la direction des fêtes ; les uns avec une suite, les autres seuls, et dans toutes les attitudes : recueillies, gaies, tristes, sévères, fausses, méchantes, bonnes, etc.

Bien des initiés ne sont pas possédés ; mais ils viennent quand même, parce que pendant la fête, on voit parfois un sujet reprendre son allure ordinaire, alors que tout d'un coup un initié qui n'avait pas été possédé, affecte les allures que vient de perdre le sujet, revenu à son allure primitive.

Les Indigènes disent alors que l'esprit a changé de corps, quoique ce soit généralement dans les mêmes corps qu'un esprit revient : ce qui fait admettre d'une façon courante qu'un même esprit possédé l'un après l'autre quelquefois trois, parfois quatre corps. Les possédés ne prennent ni nourriture, ni boisson, pendant que l'esprit les anime ; à part quelques-uns parfaitement connus, qui boivent, comme des trous, des litres de rhum, sans broncher : Ce qu'il y a de curieux, c'est que ces sujets qui boivent, étant possédés, sont des gens qui en temps ordinaire ne boivent que de l'eau et ont horreur des alcools : ces personnes une fois dépossédées, n'ont aucune ivresse et ne veulent plus boire.

Autour du roi les esprits se réunissent et ils sont immédiatement entourés et consultés : ils jugent, conseillent ou guérissent.

Les noirs répugnent à recevoir des esprits mauvais et des esprits buveurs, les supposant inaptes à faire le bien ; mais ces esprits se glissent quand même, car les noirs ne savent pas les empêcher, autrement que par la prière ; de plus, l'esprit, quand il est appelé, les possède tant qu'il veut.

Le roi fait ouvrir son tombeau ; on sort ses trésors que surveillent des fidèles qu'il désigne et tant que les trésors sont dehors, la fête continue, parfois trois jours, parfois sept ; puis, le roi ordonne que l'on rentre ses trésors ; on scelle de nouveau les pierres de sa tombe ; un garde y est placé à vie, et les esprits rejoignent leurs villages, abandonnant l'un après l'autre et à n'importe quel moment les corps qu'ils ont empruntés.

Ceux qui se sont manifestés esprits guérisseurs, possédant tel ou tel indigène, sont les seuls médecins que les noirs consultent en cas de maladie. On réunit un groupe de parents et d'amis, on fait des prières ; et si l'esprit veut, il vient, possède le sujet ; il ordonne des herbes, des tisanes qui guérissent assez souvent : D'ailleurs, les plus entourés et connus sont ceux qui obtiennent le plus de résultats heureux ».

" Fluctuat nec mergitur "

Enfoncées — si insubmersibles qu'elles soient — les ceintures de sauvetage !

Oui, enfoncées... et dans le trente-sixième dessous !

Si donc vous voulez vous préserver du péril de la noyade, renoncez à cet appareil primitif et désuet — et munissez-vous tout simplement :

1° D'une aiguille de Pravaz.
2° D'un tube de caoutchouc.
3° D'une poire.

Puis, à l'aide de ces divers instruments, insufflez-vous de l'air sous la peau, entre cuir et chair... Gonflez-vous de vent, ainsi que la grenouille du bon La Fontaine. Vous provoquerez de la sorte un emphysème artificiel qui vous transformera en véritable vessie natatoire. Apres quoi vous serez en droit d'arborer fièrement la devise bien parisienne : *Fluctuat nec mergitur* !

Peut-être croyez-vous qn'il s'agit là de quelque procédé funambulesque sorti de l'imagination de feu Alphonse Allais ?

En aucune manière. Rien n'est, en effet, plus sérieux, à preuve certaine observation récemment présentée à la Société de médecine de Lyon.

Ayant à soigner un individu atteint « d'un emphysème sous-cntané de toute la surface dn corps », un médecin voulut lui faire prendre un bain. Or, dans ce bain, il fallnt, par la force, enfoncer le patient : il était si boursouflé qu'il flottait à la surface de l'eau, comme un bouchon !

Ce fut pour notre confrère un véritable trait de lumière !

Pourquoi ne réaliserait-on pas en cas de danger ce que la nature avait fait pour son malade, demande-t-il donc dans la *Presse médicale*.

... Cet emphysème sous-cutané étendu devrait être utilisé dans les grandes catastrophes de mer pour empêcher les noyades. Les médecins de la marine emploieraient bien ces moments critiques en faisant aux naufragés et en se faisant à eux-mêmes des injections sous la peau des membres et du tronc. Une aiguille de Pravaz, une poire et un tube de caoutchouc, voilà toute l'instrumentation nécessaire. Ce manteau d'air, sorte de vessie natatoire, aurait l'avantage sur les ceintures et autres appareils de sauvetage de ne pouvoir se déplacer ni se déchirer et d'empêcher la déperdition de calorique. Cet emphysème artificiel mériterait aussi d'être employé par les grands nageurs qui entreprennent de longues traversées.

Très simple... évidemment — mais encore fallait-il y songer !

L'Utilité du spiritisme aux Colonies

Le chef d'une nsine à sncre est la victime d'un vol d'une somme d'argent.

Connaissant bien ses noirs, il les convoque et les fait ranger devant lui, ponr leur faire un speech de circonstance : « J'ai été. il n'y a pas longtemps, la victime d'un vol, leur dit-il d'un air courroucé, et j'ai invoqné votre grand ancêtre Batsilotapa, à qui je me suis plains et qui s'est montré très indigné. Il m'a apparu cette nuit et m'a dit : « Mes enfants deviennent méchants : Je sais qu'un voleur s'est introduit chez toi et a pris ton argent ; mais je le punirai. D'abord, je ferai pousser sur son nez nne corne... »

A ces mots, le conpable de porter instinctivement la main à son nez, ponr savoir si la corne était sortie ; et le chef, qui avait vu le mouvement, sans perdre nne seconde : « Il m'a même désigné le voleur, et ce voleur, le voilà !... »

L'histoire ne dit pas si le nègre changea de couleur ; mais. il se jeta à genoux, en tremblant : il jura de rendre l'argent, et surtout... de ne plns recommencer.

La Baguette de Coudrier des sourciers

Dans la correspondanee destinée à l'Académie des Sciences, M. Darboux, secrétaire perpétuel, a tronvé une lettre dont l'auteur signale plusieurs nouveaux cas de déconverte des sonrces attribués à la prétendue divination de la baguette de coudrier. M. Darboux, tout en faisant les réserves sur la réalité scientifique de faits de cette nature et sur le soi-disant ponvoir que s'attribuent les sourciers qui s'aident de la fameuse baguette, M. Darboux, disons-nous, estime que la question mérite d'être étudiée sérieusement. Aussi, après que M. Armand Gautier eut fait observer que, voici pres d'un demi-siècle, Chevreul avait consacré une étude spéciale aux recherches des sourciers, l'Académie des Sciences a-t-elle décidé la création d'une commission chargée d'étudier ces faits étranges. C-tte commission est composée de MM. Armand Gautier, Dastre et Douville.

LE « REFROIDISSEMENT »

facteur étiologique au cours de certaines affections

par le Docteur MOLLE
Médecin de l'Hôpital civil d'Oran

Les temps sont révolus, depuis cette époque lointaine où le *refroidissement* jouait un rôle prépondérant dans l'étiologie de nombreuses affections.

Certes, il ne peut venir à l'esprit de personne de regretter ces doctrines surannées et il est de toute évidence, par exemple, que l'axiome *frigus unica causa pneumoniae* mérite bien d'être relégué parmi les vieux accessoires.

Cependant, au cours de sa pratique journalière, le clinicien est forcément appelé à observer des affections, pour lesquelles le refroidissement semble jouer un certain rôle et où la négation systématique de cette notion risquerait fort de se traduire par des insuccès thérapeutiques.

C'est la revanche du passé, si l'on peut dire, et les doctrines modernes ne prévaudront point contre des faits cliniques indéniables.

Il résulte, en effet, des tendances actuelles de la science médicale que lorsqu'un phénomène d'ordre clinique n'a pu être dûment vérifié par l'expérimentation sur les animaux de laboratoire, il court le risque d'être tout d'abord suspecté puis purement et simplement nié.

Il faut bien le reconnaître, cette façon de procéder a rendu de grands services à la médecine moderne, en la débarrassant du fatras des théoriciens, mais pourquoi ne pas avouer également que, poussée à l'excès, elle risque de nous priver de précieux enseignements.

Aussi bien les expérimentateurs nous paraissent exagérer, quand, observant sur des animaux, ils se croient autorisés à conclure rigoureusement à l'espèce humaine. C'est ainsi, par exemple, que lorsque Heidenhain, ayant introduit, à l'aide d'une canule, dans les bronches et les alvéoles pulmonaires d'un chien, de l'air porté à une température — 4° et — 6°, sans déterminer d'altération du poumon, en a conclu que le froid ne jouait aucun rôle dans l'étiologie de la pneumonie lobaire, il a dépassé, nous semble-t-il, les limites du vrai et commis dans un sens opposé une erreur analogue à celle que commirent nos prédécesseurs en accordant au froid un rôle exclusif dans la genèse de cette même affection. Il existe, en effet, à notre sens, des différences fondamentales, au point de vue des réactions nerveuses, entre l'homme et l'animal, et il est facile de s'en rendre compte. L'homme est un être dégénéré par de longs siècles d'une existence, la plupart du temps contraire à un grand nombre de ses fonctions biologiques ; nous citerons en particulier la déviation qu'une suralimentation en quelque sorte permanente fait subir à ces fonctions digestives, alors que l'animal que son instinct guide rigoureusement, a conservé intact son équilibre nerveux et ses réactions vitales. Quoi d'étonnant alors que le premier ne réagisse pas exactement comme le second aux mêmes causes irritatives ?

Personnellement, nous avons tenté, au cours de recherches relativement récentes (1), de faire ressortir précisément certains troubles nerveux exclusifs à l'animal humain et devenus pour ainsi dire physiologiques. Ils consistent essentiellement en une sorte de déséquilibre existant entre certaines réactions de sensibilité du côté droit et du côté gauche du corps ; le sens de ce déséquilibre variant d'ailleurs suivant les sujets, de telle sorte qu'il y aurait cinq hémi-hyperesthésiques gauches, pour deux hémi-hyperesthésiques droits.

(1) Voir en particulier : Molle. — L'homme droit et l'homme gauche. — Maloine, éditeur, 1905.

Nous ne pouvons évidemment pas insister ici sur la description de ces manifestations nerveuses. Il nous suffira de rappeler que ces troubles hyperesthésiques siègent au niveau de certains muscles et nerfs et affectent une systématisation unilatérale rigoureuse. Or, et c'est là le but de ce modeste travail, il nous a semblé que certains sujets présentaient, relativement à leur sensibilité au froid, la même systématisation unilatérale que pour les autres manifestations d'hyperesthésie ; de telle sorte que l'exposition au froid par le mode du *courant d'air*, par exemple, de leur « côté faible », déterminait régulièrement des réactions générales spéciales et au niveau de territoires viscéraux variables suivant les individus, alors que les mêmes causes de refroidissement venant à se produire du côté opposé, rien de pareil ne survenait.

Nous nous contenterons de reproduire, parmi beaucoup d'autres, deux observations qui nous paraissent suffisamment démonstratives pour justifier les idées que nous venons d'énoncer.

Observation I. — Il s'agit d'un homme de 42 ans, de forte corpulence et présentant l'aspect extérieur d'une santé florissante. Ce malade se plaignait d'être atteint par intermittence et depuis de longues années, d'une diarrhée fort pénible qui entraînait des perturhations considérables dans ses habitudes.

Il avait été appliqué à ces manifestations spéciales toute la terminologie si riche des entérites, telles qu'on les conçoit à l'heure actuelle ; d'innombrables traitements avaient été préconisés, mais, aprés quelques répits, les accidents diarrhéiques se reproduisaient régulièrement et notre homme n'était guère plus avancé qu'au premier jour.

J'eus l'occasion de le voir pour la première fois, il y a quatre ans environ. De son interrogatoire il résulta qu'il présentait des antécédents héréditaires nettement arthritiques : sa mère était une nerveuse atteinte d'asthme invétéré ; son père était mort diabétique, une sœur était sujette aux coliques hépatiques, etc.

Personnellement, il présentait lui aussi des manifestations d'arthritisme, telles que poussées d'eczéma, urticaire, migraine et surtout sensibilité exagérée au froid. Malgré le peu de succès de ses protestations auprès des médecins qu'il avait jusque-là consultés, il estimait, pour son compte, que cette diarrhée si rehelle apparaissait quand *il prenait froid.*

A l'examen de ses réactions nerveuses, au point de vue de la systématisation de troubles hyperesthésiques, ce malade peut être catalogué parmi les *hémi-hyperesthésiques gauches;* il prenait très rigoureusement son sommeil dans le décubitus latéral droit, à l'exclusion du côté gauche (1).

Guidé par des ohservations antérieures sur la possibilité d'une sensibilité plus grande au froid du côté siège de l'hémi-hyperesthésie, nous nous livrâmes auprès de ce malade à une petite enquête, concernant ses habitudes et la disposition de son logis. Notre client était un honorable commerçant qui passait la majeure partie de son temps dans une pièce lui servant de hureau, et assis devant sa table de travail ; cette table se trouvait à un angle de la pièce, mais dans une situation telle que, lorsque le malade était installé à sa place habituelle, il recevait précisément sur le côté gauche du corps le choc de l'air froid provenant de la fenêtre éclairant l'appartement. Nous conseillâmes à cette personne de modifier l'orientation de cette table de travail, de façon que ce fût le côté droit du corps qui fut exposé à l'atteinte du courant d'air froid provenant de l'extérieur; et nous étendîmes cette recommandation à toutes les circonstances où elle se trouverait dans un courant d'air.

Ces conseils furent suivis à la lettre et, chose étrange, alors que les prescriptions les plus savantes, les régimes les plus rigoureux, n'avaient eu aucune prise sur les troubles diarrhéiques, dès ce jour, une amélioration notable se produisit, et la guérison se maintient depuis près de quatre ans.

(1) Nous avons particulièrement insisté sur ce symptôme que nous avons désigné sous le nom de « *décubitus de prédilection* » ; inconsciemment les malades évitent de prendre leur sommeil sur leur côté hyperesthésié ; ils enregistrent ainsi, automatiquement, si l'on peut dire, leur hémi-hyperesthésie.

Obs. II. — Mlle X..., institutrice, 35 ans environ, a contracté du paludisme au cours de longues résidences dans des postes où l'infection palustre est endémique. Cette personne vient me consulter dans le courant de l'année 1907. Elle raconte qu'elle ne peut se débarrasser de ses accès de fièvre, malgré les cures consciencieuses de quinine, tant par la voie stomacale que par la voie hypodermique ; elle aussi insiste sur l'action du froid dans l'apparition de ses accès ; elle peut prévoir à coup sûr le réveil de la fièvre aux impressions de froid qu'elle ressent.

A l'examen des réactions nerveuses, il est reconnu que cette malade est une *hémi-hyperesthésique droite*: elle ne peut prendre son sommeil que couchée sur le côté gauche ; elle présente également des manifestations nerveuses accusées, telles que crises de larmes troubles digestifs, migraine, etc.

Une enquête menée dans son existence professionnelle nous permit de reconnaître que cette personne était ohligée de faire la classe dans un local fort humide et que le pupître qu'elle occupait était placé, relativement aux ouvertures de la pièce, de telle façon que l'air froid du dehors venait frapper directement la partie *droite* du corps. Il faut ajouter que la malade éprouvait des impressions d'autant plus intenses que, se livrant sans réserves à son labeur professionnel, elle se retirait, après chaque séance scolaire, le corps haigné de sueur.

Là encore, sur nos conseils, il fut procédé au déplacement du siège de la maîtresse, et cette malade fut dorénavant à l'abri, sinon des sensations de froid habituelles, du moins des accès fébriles qu'elles déterminaient régulièrement jusqu'à ce jour.

Nous n'irons pas jusqu'à prétendre que les deux observations ci-dessus rapportées correspondent à des faits relativement fréquents. Pour que de pareils phénomènes se produisent, il est indispensable que les sujets aient une susceptibilité toute particulière, cela est certain ; mais pour en revenir à ce que nous écrivions au début de ces lignes, faudrait-il, parce qu'un observateur aurait essayé sans succès de reproduire des troubles analogues sur des animaux placés dans les mêmes conditions, faudrait-il, disons-nous, nier l'exactitude de pareils faits cliniques ? Nous ne saurions trop protester contre pareille prétention et nous en appelons à certaines descriptions trop oubliées de nos vieux auteurs, qui, eux, observaient avant tout des malades. Quiconque a parcouru les *Cliniques de Trousseau*, reconnaîtra dans l'Observation I, un de ces cas de « diarrhée rhumatismale», ou « diarrhée sudorale » que le maître a décrits si exactement (1).

Quant à la malade qui fait l'objet de l'Observation II, il suffit d'avoir observé des malades dans le milieu algérien, pour reconnaître avec quelle fréquence le contact du froid suffit à faire éclater des accès palustres. Cette particularité a été signalée par la plupart des explorateurs, des coloniaux et, à ce propos, il nous revient à la mémoire un récit du grand observateur que fut Stanley. Le célèbre voyageur raconte que, lors de son retour d'une longue expédition au centre de l'Afrique, au cours de la navigation sur le Congo, ses compagnons et lui-même étaient régulièrement en proie à des accès de fièvre quand leur vapeur s'avançait vent debout, alors que, au contraire, quand le fait inverse se produisait, tout rentrait dans l'ordre.

Ainsi que l'on peut en juger, il ne s'agit donc pas là de phénomènes nouveaux ; il nous a paru intéressant toutefois, à cette époque où l'on est volontiers porté à nier certains faits cliniques parce qu'ils sont difficiles à vérifier expérimentalement, il est intéressant, disons-nous, tout d'abord, d'en proclamer l'existence, puis d'en chercher le mécanisme dans le jeu d'un système nerveux en état de déséquilibre. Nous ajoutons même que cette interprétation du *refroidissement* par une sorte d'excitation à prédominence unilatérale, serait susceptible d'être invoquée pour expliquer le mode d'action des

(1) Voir *Clinique de Trousseau*, t. I, chapitre « Exanthèmes sudoraux » et t. III, p. 112, édition 1877.

« courants d'air » si souvent invoqués par les gens du monde.

Mais toutes ces considérations ne s'adressent, bien entendu, qu'à des troubles qui sont l'apanage exclusif de notre triste humanité. De longs siècles de civilisation à outrance ont, en effet, creusé un abîme entre l'animal, toujours rigoureusement asservi à son instinct et l'homme qui s'en affranchit chaque jour davantage. Il s'agit là, nous le répétons, de faits qu'il est toujours utile de rappeler et de commenter, puisque leur connaissance permet parfois et à bien peu de frais de soulager des malades.

Les Aspects radiologiques du Mal de Pott

Par les Docteurs Carle Rœderer et Albert-Weil

La radiographie a apporté une contribution très précieuse, dans l'étude du mal de Pott. Elle éclaire certains diagnostics différentiels, précise des faits d'anatomo-pathologie et rend ainsi de grands services au cours de l'évolution en apportant un concours certain d'indications thérapeutiques.

Malheureusement, tandis que dans les tuberculoses osseuses en général, la radiographie, dans un stade assez précoce, prête déjà son appui à la Clinique, dans le mal de Pott au contraire, où précisément, en raison des obscurités de la clinique, il serait désirable d'avoir par l'exploration aux rayons X des arguments précis, les indications utilisables sont assez tardives.

***

Au début. — L'affection débutant au niveau d'une face vertébrale et envahissant de façon précoce l'articulation sous-jacente, il est avéré que les signes radiologiques consisteront surtout en un manque de netteté ou une opacité du trait sombre qui représente la projection de la face atteinte, une décalcification des parties circumvoisines, un effacement de l'interligne clair que donne normalement l'espace intervertébral et le disque qui le remplit.

Mais ce sont là des symptômes d'une évolution déjà assez avancée.

Il est tout à fait exceptionnel de trouver une tache claire qui puisse être interprétée comme une destruction caverneuse de la masse centrale ou une décalcification notable de cet anneau.

Les constatations, de cet ordre, qui déjà donnent bien de grandes subtilités d'appréciation dans la coxalgie sont trop incertaines pour être, dans le mal de Pott, utilisables.

Les signes cliniques ont déjà amené une conviction diagnostique quand les lésions de la spondylite deviennent décelables aux Rayons X.

***

Le tassement. — Ce que l'on peut donc considérer comme la première étape radiographique est caractérisé par la diminution de hauteur d'un ou de plusieurs disques intervertébraux.

Encore faut-il, dans l'étude du cliché, tenir compte de l'amincissement de certains disques vus tangentiellement, c'est-à-dire ceux qui sont le plus éloignés du rayon normal.

Une récente radiographie, examinée par l'un de nous, pouvait paraître suspecte. Un disque semblait diminué de hauteur. Une meilleure interprétation montra qu'il ne s'agissait là que d'une apparence.

Dans ces cas, on se montrera avisé de suivre le conseil de M. Ménard (de Berck) et de faire « plusieurs poses à centre voisin dans la région soupçonnée ».

L'étude de ce tassement intervertébral est par ailleurs difficile en certaine région, au-dessus et au-dessous de la cinquième lombaire ou au niveau de la région cervicale. Cette dernière région est en particulier prévenue de tassement par la situation exactement latérale des apophyses transverses et leur parfaite superposition.

A ce phénomène de tassement s'ajoute bientôt une irrégularité des traits qui représentent les faces supérieures ou inférieures des vertèbres atteintes.

***

L'écrasement. — Plus tard, quand le processus d'ulcération est plus accentué, on peut surprendre à son début le phénomène d'écrasement vertébral. Nous avons parfois constaté ce fait surtout dans les formes latérales.

Un enfant qui avait présenté de la péritonite bacillaire, de la pleurite, de nombreuses adénites se met brusquement en scoliose accentuée et présente une légère douleur à la pression d'une vertèbre lombaire. Après six mois d'immobilisation et sans nul symptôme nouveau, une nouvelle radiographie est faite presque par acquit de conscience. Elle nous montre un noyau de décalcification latérale et la disparition de l'interligne au niveau de la vertèbre suspecte.

Quant aux taches obscures, ou pointillé noir indiquant un processus de sclérose, on n'en trouve jamais.

La tuberculose osseuse vertébrale fermée détruit et ne construit pas. Les ostéophytes, les jetées osseuses n'appartiennent pas au mal de Pott simple, mais au mal de Pott ouvert, fistuleux, qui est une véritable ostéomyélite de la colonne. Jamais non plus, au début s'entend, on ne peut constater de troubles trophiques à distance portant sur des vertèbres sus et sous-jacentes. Le mécanisme rigoureux des vertèbres rend ces altérations sympathiques tout à fait impossibles.

A *une période plus avancée* de l'évolution du mal de Pott, la destruction vertébrale apparaît nettement sur les clichés. Le diagnostic clinique est par ailleurs évident dans la grande majorité des cas.

***

Les maux de Pott insoupçonnés. — Il est pourtant des cas de destruction vertébrale qui ne s'accompagnent pas de symptômes révélateurs.

Le développement du cliché apporte une véritable surprise. Il n'est pas exceptionnel que la radiographie mette ainsi en lumière des maux de Pott insoupçonnés.

Les deux formes d'évolution. — Même quand le diagnostic est évident sans la radiographie, celle-ci peut permettre d'apprécier l'étendue de la lésion vertébrale, le nombre des anneaux atteints, nombre qui dépasse toujours les estimations de la clinique, ainsi d'ailleurs que nous l'avait appris l'anatomie pathologique.

Quand les lésions n'évoluent pas vers la réparation, la radiographie permet plus tard de constater des fractures qui s'accompagnent souvent, soit de simples inclusions latérales du segment supérieur, ébauche d'une scoliose compensatrice à venir, soit même d'un véritable déplacement latéral.

Les constatations de cet ordre indiquant la difficulté d'une réparation en équilibre, permettant de comprendre le sens suivant lequel l'ulcération compressive achèvera l'œuvre de la résorption tuberculeuse, dirigent de la sorte le traitement orthopédique en donnant de précieuses indications au chirurgien lorsqu'il construit ses corsets.

Si *la réparation au contraire tend à se faire* et si l'ankylose se produit, la radiographie en montre l'étendue et l'importance. Cette ankylose très tardive et qui n'appartient qu'à la deuxième et troisième année de l'évolution débute par les apophyses articulaires, comme l'ont appris les travaux de Ménard, gagne les lames, les apophyses transverses, les apophyses épineuses.

A ce stade surtout, il est avantageux de recourir à des radiographies de trois quarts suivant la pratique habituelle de M. Béclère. Sans rien perdre de la netteté des détails de la colonne antérieure, on a ainsi plus facilement sous les yeux les modifications de la colonne postérieure.

Mais, de toute façon, il serait bien hasardé de prétendre qu'on puisse faire fond sur l'apparence de reconstitution d'une colonne postérieure donnée par l'examen aux rayons X, pour changer un traitement, conclure à la guérison, permettre la marche. Trop d'éléments restent en jeu pour autoriser les radiographies à résoudre ce problème complexe. La clinique plus que jamais règne en maîtresse souveraine.

Beaucoup plus tard, si les *phénomènes d'infections secondaires* produites par l'intermédiaire d'un abcès fistuleux amènent une réaction inflammatoire, on peut remarquer sur le cliché des ostéophytes, mais dans ces cas, les hyperostoses n'existent pas dans le mal de Pott.

La présence de séquestres visibles sur la plaque est exceptionnelle. Elle apparaît décelable seulement dans les radiographies de profil.

***

Les radios de profil. — Ces *radiographies de profil* sont utilisables en deux occasions :

1° A la région cervicale ;

2° Dans les cas de gibbosité considérable.

1° Dans la région cervicale, la radiographie de profil accompagnant la radio de face doit être la règle.

Faite d'une manière précoce, elle peut donner des indications précieuses. Nous avons ainsi révélé un mal de Pott sous-occipital et une tuberculose de la troisième vertèbre cervicale. Cette dernière a fait l'objet d'une présentation par nous à la *Société de médecine* en juillet dernier. Il s'agissait d'un enfant chez qui le mal de Pott était presque improbable en raison des symptômes cliniques et qui présentait pourtant une destruction de cette troisième vertèbre ayant amené une véritable fracture pathologique de cet anneau.

2° *Dans les grandes gibbosités, la radiographie de profil*, souvent bien difficile à obtenir en raison de l'éloignement de la plaque, montre l'écartement des apophyses épineuses, la trace plus ou moins soudée de deux ou de plusieurs pièces postérieures, l'énucléation de la vertèbre ou des vertèbres centrales, leur résorption. Elle fait connaître le degré de l'angle, intersegmentaire, s'il est en disproportion avec l'angle gibbien, si l'inflexion est totale ou partielle, si les deux vertèbres qui limitent l'angle de destruction sont en contact ou séparées par un magma caséeux. On aperçoit parfois au milieu d'un véritable géode les séquestres osseux, derniers vestiges des corps disparus.

Ces constatations ne sont pas inutiles pour la continuation de l'emploi des corsets de soutien. Il existe une bonne radiographie de ce genre dans l'article que M. Mouchet a consacré au mal de Pott dans le Traité de Le Dentu et Delbet.

Jusqu'ici ces reproductions étaient d'origine allemande. Nous sommes heureux de penser que, grâce à nous, les étudiants, sauront qu'on fait d'aussi bonnes radiographies en France.

***

Les abcès. — Mais dans le mal de Pott, *il n'y a pas que des destructions osseuses, il y a formation d'abcès.* — Le foyer de destruction est en effet producteur de masses fongueuses dont la caséification ne se fait pas toujours.

Cette masse est d'ailleurs directement en cause dans la propagation tuberculeuse par un mécanisme bien étudié par Ménard, de Berck, et dont nous croyons, pour un certain point, les éléments décelables par la radiographie.

Le foyer de destruction est circonscrit par une

membrane conjonctive assez épaisse qui représente comme une sorte de demi-manchon en avant de la colonne vertébrale.

Dans sa forme la plus simple, cette poche fait, entre deux vertèbres, une sorte de pli, d'appendice en corbeille, apposé à la hauteur d'un disque intervertébral, à droite et à gauche de lui. Ensuite cette poche déborde largement la colonne.

Le contenu est fait de matières caséeuses, de grumeaux osseux, de séquestres qui donnent une certaine opacité à l'image. Cette gaine bilatérale est la signature radiologique de l'infiltration tuberculeuse périvertébrale qui accompagne les lésions des corps vertébraux.

Cette masse est surtout visible à la région dorsale. Elle remonte souvent au-dessus des vertèbres malades vers la région supérieure et peut ainsi parcourir un grand trajet devant la colonne. Le foyer pottique devient ainsi le point de départ d'une ombre, sorte de zone opaque en forme de fuseaux (Ménard), en forme d'entonnoir, en forme d'ovoïde plus ou moins régulier.

La fréquence de cette ombre est tout à fait hors de proportion avec celle des abcès de la région dorsale, décelables par la clinique.

On sait en effet que les abcès par congestion qui apparaissent à l'extérieur sont rares dans le mal de Pott dorsal.

L'abcès dorsal. — On pourrait donc penser qu'on est le jouet d'une illusion et qu'on prend pour une masse caséeuse ce qui n'est en réalité que l'ombre de gros vaisseaux (aorte, veine cave). Cette hypothèse ne saurait être la bonne. L'ombre apparaît chez des enfants : or chez eux, on ne voit jamais les vaisseaux thoraciques ou abdominaux. D'ailleurs, si l'on se rapporte aux images qu'ont données à M. Bougot, interne de M. Ménard, les injections bismuthées faites dans la veine cave ou dans l'aorte de cadavres, on voit que ces ombres sont unilatérales et beaucoup plus fusiformes que celles que donnent les abcès dans les maux de Pott.

Même chez les adultes athéromateux, l'ombre des vaisseaux a des aspects totalement différents. Unilatérale, elle a un trajet presque rectiligne ou très peu incurvé. On peut le constater sur une radiographie prise sur une femme chez laquelle on sentait nettement à travers la paroi, l'aorte dure et sclérosée.

Ainsi donc nos constatations sont donc bien différentes de celles de la clinique, qui nous apprenait que les abcès dans le mal de Pott lombaire sont plus fréquents que dans le mal de Pott dorsal, à tel point qu'on pouvait considérer que dans la grande majorité des cas, le mal de Pott dorsal évoluait cliniquement sans donner lieu à un abcès perceptible.

Et cependant la radiographie nous affirme la présence de ces abcès.

Si les abcès apparaissant cliniquement sont assez rare, il faut donc conclure que les abcès profonds sont au contraire extrêmement fréquents.

Ronenbusch, dans un travail paru en 1908 en Allemagne est arrivé aux mêmes conclusions ; il ajoute qu'il est vraisemblable que cet abcès profond se résorbe souvent avant que le pus ne soit collecté.

Nous n'avons pas à rechercher ici les raisons de cette insidiosité ; qu'il nous suffise de dire que ces abcès restent très longtemps en place, parfois sans changer d'aspect. Nous avons pu observer certaines petites malades chez qui l'ombre est demeurée semblable à elle même pendant des années.

Cette ombre, même si elle existe sans lésions vertébrales constatables sur les clichés, est un témoignage irrécusable du mal de Pott. En deux circonstances, elle fut pour nous le seul symptôme révélateur de maux de Pott qui poursuivaient leur évolution.

Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'un adulte et le diagnostic posé avait été celui de myélite. L'épreuve radiographique permit de rectifier ce diagnostic et de faire donner au patient les soins que réclamait son état.

Quand l'abcès évolue en se rapprochant de la surface et se caséifie, il échappe à notre examen radiographique, car il est plus ou moins perméable aux rayons. C'est le cas, en particulier, pour de nombreux abcès lombaires.

Les fistules. — Mais plus tard, si le malade sent que l'abcès s'ouvre, *un diagnostic rétrospectif* peut être du ressort de la radiographie.

Cette recherche est particulièrement intéressante dans deux cas :

1° On se trouve en présence d'une fistule chez un malade que l'on n'a pas suivi et qui présente un minimum de signes rachidiens ou même aucun signe qui désigne particulièrement une affection de la colonne.

2° On sait qu'on a affaire à un mal de Pott, mais on voudrait connaître si l'écoulement vient toujours du foyer vertébral ou si le tuberculisme qui a perdu ses connexions avec la colonne est seul fioride.

1° Le premier cas se rencontre fréquemment. Faut-il rappeler qu'à l'époque héroïque de la radiographie — à ses premiers débuts — Gérard Marchand avait déjà essayé de se guider sur un examen radiographique après avoir introduit des conducteurs en gomme dans les fistules.

C'est dans un but analogue que Beck avait fait ses premières injections avec la pâte bismuthée. Il cherchait seulement, en 1905, à avoir une image de la fistule, de son lieu d'origine, de ses ramifications. L'observation seule lui montra l'intérêt des injections de cette nature dans un but thérapeutique.

Mais les premiers mémoires de cet auteur (1) n'avaient d'autres intentions que de prouver l'utilité des radiographies diagnostiques après l'injection de la pâte.

M. Mauclaire présenta à la Société de Chirurgie, 7 juillet 1909, une observation du même ordre. Il avait pu précédemment penser à une ostéite de la face interne de la crête iliaque et sur la radio le trait de pâte de Beck partait de la troisième lombaire.

M. Codet-Boisse, en mars 1910, à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, apporta l'observation d'un enfant de « 12 ans qui marche, court, saute, se baisse, se relève sans la moindre douleur, ni gêne ».

Le diagnostic porté était celui d'une tuberculose de l'os iliaque au voisinage de l'épine ant.-supér. Il s'agissait d'une tuberculose de la cinquième lombaire comme le prouva la radiographie du trajet rempli de pâte de Beck.

A *l'opposé* dans un cas où tout indiquait le mal de Pott, nous ne pûmes, après plusieurs expériences, découvrir de trajet fistuleux conduisant sur une vertèbre. Il s'agissait sans doute d'une lésion de la face interne du cotyle.

2° Dans la seconde catégorie de recherches on veut savoir si la suppuration vient toujours de la colonne vertébrale ou si la poche a perdu ses connexions avec les vertèbres. Codet-Boisse publia, *Gazette Hebdom. des Sciences médicales*, Bordeaux 1911, un décalque qui montra un abcès pottique devenu sessile. Nous avons ainsi deux cas personnels où l'injection poussée dans plusieurs fistules donna un dessin en araignée sans rapport avec la lésion pottique sous-jacente. Il y a sans doute un intérêt thérapeutique et peut-être pronostique à tirer des constatations de cette nature.

* * *

Ainsi donc, tout en nous rangeant à l'avis de M. Ménard (de Berck), qui a écrit (Rapport à l'Association française de Pédiatrie, octobre 1911) que la radiographie est moins importante pour la tuberculose vertébrale que pour la tuberculose de la hanche, nous croyons avoir prouvé que son étude est loin d'être négligeable. Elle rend chaque jour de nouveaux services et son rôle d'auxiliaire de la clinique est assez important pour faire de son emploi une véritable obligation.

Nous dirons même que lorsqu'on en a le moyen, c'est une faute lourde de ne pas suivre l'évolution d'une spondylite à l'aide des rayons de Rœntgen de semestre en semestre, comme on le fait pour la coxalgie (1).

(1) *Journal médical de l'Illinois*, 1908. *Journal of the Americ. méd. Assoc.*; *Archive of the R. R.* juin 1908.

(1) Soc. de médec. de Paris.

REVUE CLINIQUE

Occlusion intestinale par étranglement interne au cours d'une scarlatine

Par M. L. FRAISSAINT

Interne du Dispensaire Saint-Camille

René K..., jeune artisan de 19 ans, entrait le 19 janvier dernier, à la Maison Saint-Camille, pour accidents d'occlusion intestinale aiguë, de cause indéterminée. Ce jeune homme, habituellement bien portant, avait commencé par contracter, le 5 janvier précédent, au cours d'une épidémie de scarlatine familiale, une angine très forte, accompagnée de symptômes fébriles accentués. Le docteur R..., appelé à donner ses soins, avait institué aussitôt le traitement classique : régime lacté, boissons chaudes, enveloppements chauds du cou et, le troisième jour, avait jugé bon d'administrer un purgatif ; aussitôt l'érythème était sorti, bientôt généralisé, en même temps qu'aux pieds et aux mains se déclarait un gonflement rapide et des phénomènes parétiques assez curieux.

Soudain, dans la nuit du 9 au 10, vers 11 heures du soir, le jeune homme ressentit brusquement dans le bas-ventre une douleur vive, transfixiante, qu'il compara à un coup de feu, suivie le lendemain de vomissements alimentaires, puis bilieux et d'un arrêt presque complet des garde-robes et des gaz ; les lavements furent prescrits aussitôt, mais ils ne purent donner issue qu'à une petite quantité de matières ordinaires, qui ne tardèrent pas à devenir glaireuses ; et les vomissements continuèrent à se produire pendant deux jours, presque sans répit. En présence d'un état aussi grave, M. le professeur Delassus fut appelé à donner son avis. Il constata chez le malade un facies grippé, une sensibilité vive de l'abdomen à la palpation, surtout dans la région ombilicale, mais des phénomènes péritonéaux encore incomplets ; ventre rétracté, pouls presque normal (86), température peu élevée. Le tableau n'était pas assez grave ni assez caractéristique pour proposer d'emblée une opération ; il se contenta donc de faire tenir le malade en observation, en le maintenant à la diète hydrique.

Sous l'influence du traitement, les vomissements cessèrent un moment ; mais, au bout de quatre ou cinq jours, ils reparurent abondants, entrecoupés de hoquet, avec un caractère cette fois nettement fécaloïde. Comme les phénomènes d'intolérance gastrique ne faisaient que progresser, étant réveillés par la moindre ingestion de liquide et que l'état du malade commençait à faiblir, le médecin dut recourir cette fois à un autre moyen : les lavages d'estomac. Heureusement, au bout de huit séances, il parvint à conjurer ces accidents. Mais ce résultat ne pouvait plus conduire logiquement qu'à une intervention opératoire. C'est donc dans ces conditions que nous voyons le malade arriver à la maison de santé.

En l'examinant, M. le docteur Delassus constate les symptômes suivants : abattement très prononcé, facies grippé, langue sèche et fuligineuse, respiration légèrement accélérée, pouls à 108, température presque normale, desqua-

mation générale des téguments. A l'inspection et à la palpation, le ventre est dur, fortement ballonné et montre, esquissées sur la paroi, des anses intestinales distendues, qui deviennent parfois le siège de contractions péristaltiques douloureuses, indice d'un effort musculaire violent contre un obstacle caché ; cependant, le palper ne permet de découvrir aucun point plus sensible ; pas de matité ni de saillie dans les flancs. Les vomissements ayant une tendance à se répéter, obligent de nouveau le rétablissement d'une diète sévère.

21 janvier. — Etat stationnaire. On note seulement l'après-midi une crise de coliques très douloureuses, qui disparaissent au bout d'une heure ; l'abdomen se distend de plus en plus.

22 janvier. — Opération par M. le docteur Delassus sous narcose chloroformique. Le chirurgien trace, au lieu d'élection, à trois travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, une incision de 8 centimètres de long, parallèle au bord externe du grand droit. Les anses de l'intestin grêle apparaissent distendues et profondément congestionnées, mais sans exsudat ni adhérences entre elles. En explorant la cavité abdominale d'une façon superficielle, on ne trouve d'abord aucun fait anormal, sauf la fixation de la partie inférieure de l'épiploon à la paroi péritonéale antérieure, un peu au-dessus du pubis. Mais, en poussant plus loin les recherches, le doigt arrive à sentir le cœcum et le côlon, vides et flasques dans la profondeur. Il faut donc remonter le trajet de l'intestin grêle ; on tombe alors sur un anneau résistant et étroit, dans lequel paraît engagée une anse de la portion terminale de l'iléon ; à ce niveau, le rétrécissement est si serré qu'il donne d'abord l'illusion d'une invagination complète ; mais cette erreur est bientôt reconnue quand, derrière le cylindre soi-disant invaginé, on découvre la présence d'un autre segment, étranglé dans la même bride et étroitement accolé au premier. Etant donné l'état d'intégrité relative du péritoine, le chirurgien se décide à lever l'obstacle et sectionne les deux extrémités de l'anneau strictural ; puis il referme la paroi.

Cependant, une fois rentré au lit, le malade ne laisse pas de présenter quelque inquiétude : son facies est abattu, son pouls rapide (135), ses extrémités froides. Je fais donc une injection de 50 centigrammes de caféine et de 100 c.c. de sérum et cherche à le réchauffer.

8 h. 30 du soir. Le ventre s'est dégagé en grande partie de ses gaz et ne présente plus qu'un peu de ballonnement ; mais l'état général reste grave : le pouls est à 129, le malade devient agité et la température qui, jusque-là, était restée basse, monte à 38°9. M. Delassus prescrit alors les applications de glace sur le ventre et une injection de morphine.

23 janvier. — 8 heures du matin : pouls très accéléré (150), t. : 38°3, douleurs vives dans l'abdomen autour de la plaie opératoire. Injection d'huile camphrée.

A midi, surviennent à deux reprises des vomissements porracés, la première fois spontanément, la deuxième à la suite d'un lavage d'estomac ; celui-ci provoque même une issue abondante de liquide verdâtre. Mais alors l'inquiétude s'accroît : l'état cyanotique de la peau, la rapidité extrême et la faiblesse du pouls, la suppression des urines, l'obnubilation progressive et l'affaiblissement considérable du patient font redouter une fin prochaine. Je fais donc une nouvelle injection de sérum et d'huile camphrée.

Mais le malade tombe dans des phénomènes de collapsus plus marqués encore et meurt à 8 heures du soir.

J'ai pu pratiquer à la hâte une contre-ouverture de la paroi abdominale. Voici les renseignements que j'ai pu tirer : épanchement péritonéal abondant, constitué par un liquide séro-purulent, grisâtre, semblable à un bouillon trouble, très fétide. L'extrémité inférieure du grand épiploon était fortement adhérente à la paroi antérieure. A 30 cent. environ de la valvule iléo-cœcale, on retrouvait la surface d'insertion de la bride : celle-ci partait du bord libre d'une anse grêle et allait s'attacher, par son autre extrémité, à la face gauche du mésentère. Le siège de l'étranglement était encore facilement reconnaissable ; il était caractérisé par un sillon de striction, très net, au niveau des deux extrémités de l'anse, mais le fond du sillon était pâle, recouvert d'un exsudat blanchâtre et crémeux, effet de la péritonite consécutive, dont on retrouvait d'ailleurs encore les traces, sous forme de coagulations fibrineuses, dans les plis de séparation des circonvolutions intestinales.

Quant à la bride, agent de l'étranglement, je n'ai pu en faire que l'examen macroscopique : elle était constituée par un cordon cellulaire oblitéré, de 3 cent. de long et de 4 millim. d'épaisseur et pourvu d'un fin méso transparent.

On peut se demander, en raison de son mode d'insertion sur le bord libre de l'iléon et de son aspect anatomique, s'il ne s'agirait pas là d'un vestige atrophié du canal omphalo-mésentérique. Sans doute la littérature médicale ne rapporte pas beaucoup de cas de ce genre et l'anatomie place généralement les diverticules vrais en un point plus élevé de l'intestin. Mais Augier (1), dans son étude sur l'anatomie et la pathologie du diverticule de Meckel, cite deux cas d'insertion basse de cet organe ; l'un à 13 cent. de la valvule de Bauhin, l'autre à 25 cent. Ce fait ne suffit donc pas par lui-même à infirmer pareille interprétation. On pourrait même dire que cette idée pourrait paraître d'autant plus vraisemblable que, sur la face latérale de la bride en question, se trouvait appendu un fin méso péritonéal, caractère encore assez fréquent. Qu'un léger travail inflammatoire vienne alors à se déclarer et à atteindre la séreuse, et l'on verra des adhérences se former : elles rattacheront les viscères, l'épiploon, la paroi les uns aux autres. C'est ce qui existait dans notre cas, où nous avons trouvé l'extrémité inférieure de l'épiploon solidement adhérente au péritoine pariétal et l'extrémité terminale de la bride réunie à la face gauche du mésentère.

A ce sujet, qu'on me permette de faire remarquer combien il faut être prudent dans l'administration des purgatifs, au cours de la scarlatine. Sans doute la péritonite n'est pas une complication fréquente dans l'histoire de cette infection : il semble que la toxine microbienne spécifique n'ait pas beaucoup d'affinité pour cette séreuse. Mais si au cours d'une scarlatine assez forte, d'une angine scarlatineuse en particulier, on vient à irriter brusquement l'intestin par l'administration d'un purgatif violent, on risque, alors que l'éruption n'est pas encore sortie, de provoquer une réaction-congestion trop forte, qui aboutit, comme ici, à la formation secondaire d'adhérences et ensuite à des complications dangereuses. Les classiques ont donc raison, en général, d'omettre et d'interdire ce mode de traitement.

Quant à la conduite à tenir, en pareil cas, si cette observation fait ressortir une fois de plus l'utilité d'une intervention précoce, elle n'en montre pas moins la difficulté qu'il y a à établir de bonne heure un diagnostic précis. La rétraction du ventre, le peu de rapidité du pouls, l'absence de fièvre ne pouvaient manquer, au début, d'inspirer quelques doutes. Aussi s'était-on contenté de prescrire une diète sévère et de tenir le malade en état de surveillance. Ce n'est qu'au moment où l'estomac devint absolument intolérant et se mit à rejeter des matières fécaloïdes que le tableau commença à présenter quelque netteté. Mais on conçoit alors qu'elle diligence attentive il faudrait, de la part du médecin, pour parer aussitôt aux premiers accidents, quelle perspicacité pour discerner l'opportunité immédiate d'une intervention et reconnaître l'affection, quelle autorité enfin pour imposer assez tôt, au malade et à sa famille, les ultimes secours de la chirurgie (1).

(1) Augier. — Thèse de Paris, 1888.

(1) Soc. anatomo-clinique de Lille.

Un cas de simulation de la Fluxion dentaire

Par M. REVEL,
Médecin-major de l'Armée

Dans le courant de l'année 1907 un canonnier se présente à la visite du 19e d'artillerie avec une fluxion dentaire. Cet homme purge depuis 8 jours une peine disciplinaire de 30 jours de prison.

Cette fluxion dentaire siège à gauche. Elle est d'aspect banal. Il n'existe au niveau de la joue ou dans son voisinage aucune plaie, aucune trace d'une inflammation quelconque. L'état de la denture est médiocre.

Nous n'insistons pas et nous prescrivons au canonnier des soins en conséquence.

Le lendemain, la tuméfaction de la joue est encore plus accentuée que la veille.

Nous examinons à nouveau le malade et nous sommes surpris de trouver à la palpation, au niveau de la région tuméfiée, de la crépitation emphysémateuse.

Le malade nous raconte alors, c'était un beau parleur, toute une histoire pathologique où les fosses nasales et le sinus maxillaire tiennent une large place. Il prétend avoir eu le même accident plusieurs années auparavant à la suite d'une opération qu'il aurait subie au niveau des fosses nasales.

L'examen minutieux du malade (Rhinoscopies antérieure et postérieure, éclairage du sinus maxillaire) ne nous montre rien d'anormal.

Après quelques jours d'observation, nous évacuons le malade sur l'hôpital, d'où il sort vingt jours après complètement débarrassé de son affection, mais sans que le médecin traitant ait pu faire un diagnostic précis.

Un mois après, un deuxième canonnier — en prison lui aussi — vient nous consulter pour une affection en tous points semblable à la précédente.

Cette fois, l'idée de simulation, à laquelle nous avions vaguement songé pour notre premier canonnier, prend de la consistance et nous nous appliquons à tirer au clair la pathogénie de ce curieux phénomène.

Nous finissons par faire avouer au canonnier qu'il a créé de toute pièce sa maladie de la façon suivante :

Il introduit d'un coup sec une longue aiguille dans le sillon gingivo-jugal supérieur, au niveau des premières molaires, de façon à pénétrer à travers la muqueuse, dans le tissu cellulaire sous-cutanée, entre la peau et la face externe du maxillaire supérieur. Il recommence ainsi plusieurs fois cette petite opération dans le voisinage de la première, et il souffle fortement ensuite en fermant le nez et la bouche.

Il est facile de comprendre que l'air, arrivant dans la bouche sous haute tension, pénètre à chaque expiration forcée dans le tissu cellulaire sous-cutané de la face, par l'intermédiaire des fins pertuis artificiellement créés dans le fond du sillon gingivo-jugal, et que « la fluxion dentaire » est d'autant plus accentuée que l'intéressé la « souffle » davantage.

UNE CHAIRE DE CULTURE PHYSIQUE

On annonce de Berlin que l'on vient de créer une chaire de culture physique à l'Université de Giersen. La Chambre du grand-duché de Hesse a été saisie d'un projet pour couvrir les frais de cette institution.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

La Gymnastique respiratoire par le procédé de la bouteille

La méthode simple, originale et pratique dont il s'agit et qu'a imaginée M. Pescher utilise le phénomène suivant de physique courante : une bouteille pleine d'eau retournée dans une cuvette d'eau ne se vide que si on insuffle de l'air par le goulot à l'aide d'un tube quelconque (tube de caoutchouc ou tube métallique recourbé). Comme il existe des bouteilles graduées de toutes capacités, on peut donner à la gymnastique *mathématiquement* l'intensité progressive que l'on veut.

Cette méthode consiste donc à souffler dans une bouteille pleine d'eau elle aussi. Elle met l'exercice respiratoire progressif à portée de tous les praticiens. Chaque médecin peut faire respirer ses malades à son gré en formulant pour chaque sujet la dose d'exercice qu'il juge convenable, après l'avoir déterminée par un exercice d'épreuve tout à fait élémentaire et facile. De son côté, le malade se rend compte d'un jour à l'autre des progrès de son entraînement, non seulement par les effets qu'il en ressent, mais en les observant *de visu*.

Bénéficient largement du procédé, les catégories suivantes de malades : enfants débiles à la poitrine rétrécie et qui respirent mal ; chlorotiques, anémiques, adénopathiques, névropathes, convalescents de toutes les affections aiguës des voies respiratoires, prétuberculeux, tuberculeux, coquelucheux, emphysémateux, bronchitiques, pleurétiques, cardiaques dans certaines formes d'arythmie.

Le procédé n'a pas de contre-indications spéciales. Son extrême élasticité donnant la facilité de commencer l'exercice par des doses aussi faibles qu'on le désire pour s'élever prudemment et graduellement aux doses plus fortes, permet de l'appliquer même dans certains cas où la gymnastique respiratoire serait contre-indiquée par les procédés ordinaires.

Il convient de remarquer que la bouteille a, au point de vue pratique, quelques inconvénients (remplissage, renversement, cuvette, etc). Tous ces inconvénients disparaissent grâce à un appareil très simple composé de deux flacons gradués de même contenance, reliés ensemble et munis de robinets permettant, par l'insufflation, de faire passer le liquide de l'un dans l'autre.

REVUE DE CHIRURGIE

Phlegmons profonds de l'éminence thénar

Par M. le Docteur DAMBRIN

Si l'on observe fréquemment des abcès superficiels et des phlegmons des gaines des fléchisseurs, on voit plus rarement de véritables phlegmons profonds de l'éminence thénar. Dans la thèse de Guiot (Lyon 1902), on n'en trouve que douze observations. La thèse récente de notre élève Coureau en contient deux nouvelles ; ce qui fait un total de quatorze observations. Sans doute d'autres cas ont été observés, qui n'ont pas été publiés, parce que l'on considère ces faits comme peu importants. En réalité, ces phlegmons de l'éminence thénar sont rares et leur étude présente un certain intérêt.

Voici tout d'abord notre *observation* :

Mme B..., repasseuse, âgée de trente-sept ans, souffrait depuis quelques jours de durillons qu'elle avait à l'éminence thénar de la main droite, lorsqu'elle se blessa légèrement avec le fer à repasser. La blessure siégeait vers la commissure qui sépare le pouce de l'index, mais du côté palmaire. Au début, la malade se préoccupa fort peu de sa blessure et la négligea, mais bien tôt des douleurs se produisirent et allèrent en augmentant d'intensité, la paume de la main, surtout la région de l'éminence thénar, se tuméfia et la malade dut cesser son travail de repassage. Le médecin consulté ordonna des bains chauds sublimés et oxygénés. Mais ce traitement ne produisit pas grand effet et la malade entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Vincent, n° 25, le 23 août 1911, dans le service de M. le professeur Jeannel que je remplaçais.

A ce moment, presque toute la main est tuméfiée, aussi bien du côté palmaire que du côté dorsal ; le pouce, l'index, le médius, se fléchissent incomplètement, des traînées lymphangitiques apparaissent sur le poignet et l'avant-bras droit, mais le *maximum de la tuméfaction siège au niveau de l'éminence thénar*. En ce point, la palpation permet de constater nettement une fluctuation profonde. C'est donc là que siège le foyer suppuré. Enfin, les ganglions de l'aisselle droite sont légèrement tuméfiés.

Opération à l'aide de l'anesthésie locale, le 24 août. Incision dans la commissure interdigitale qui sépare le pouce de l'index. Cette incision, longue de 3 centimètres environ, passe entre les deux plis cutanés qui occupent cette commissure et parallèlement à ces plis. Je débride largement et profondément avec la sonde cannelée et je place un drain en caoutchouc de 1 centimètre de diamètre intérieur, que j'enfonce le plus possible jusqu'au fond de la loge.

Dès que l'incision est faite, il s'écoule un pus crémeux jaune, bien lié, en quantité assez notable. L'hémorragie est nulle. Pansement humide stérilisé.

Les suites opératoires ont été très simples. Les douleurs disparurent immédiatement après l'intervention ; tous les jours le pansement est refait, après avoir fait prendre un bain chaud faiblement antiseptique. Le 1er septembre, le pus ayant à peu près disparu, on supprime le drain. Chaque jour on fait du massage et de la mobilisation pour éviter les raideurs consécutives.

La cicatrisation a été obtenue une vingtaine de jours après l'opération, mais le rétablissement fonctionnel complet a été un peu plus long. Vers le 15 octobre, la malade a recouvré l'usage complet de tous ses doigts, la force de la main est redevenue normale et l'opérée a pu reprendre son travail.

A propos de cette observation, je désire étudier rapidement la pathogénie, l'anatomie pathologique et le traitement des phlegmons profonds de l'éminence thénar.

Si on laisse de côté les phlegmons de la gaine du long fléchisseur du pouce on peut dire que ces phlegmons profonds de l'éminence thénar sont toujours d'*origine lymphangitique*. Je rappelle que c'est là la vieille théorie de Dolbeau, à laquelle plus tard Gosselin opposa sa théorie de l'inflammation des gaines. En réalité, nous le savons aujourd'hui, ces deux théories sont exactes. On peut, en effet, observer au niveau de la main, soit des phlegmons des gaines des fléchisseurs, soit des phlegmons lymphangitiques comme ceux que j'étudie ici.

L'infection peut être née sur place, dans la région thénar même (comme dans mon cas) et se développer à la suite de la piqûre de l'éminence thénar par une écharde, un clou, etc... Ou bien l'inflammation peut être transportée d'une autre région voisine de la main ou des doigts par l'intermédiaire des lymphatiques.

Le point capital de l'anatomie pathologique est le *siège* de ces phlegmons. En effet, ces phlegmons siègent dans la loge ostéo-fibreuse qui occupe la profondeur de l'éminence thénar.

D'après les auteurs classiques cette loge ostéo-fibreuse s'étendrait du premier au troisième métacarpien, c'est-à-dire suivrait fidèlement la face profonde du muscle adducteur du pouce. Cette description est inexacte. Il existe, en effet, une cloison fibreuse réunissant la face antérieure du deuxième métacarpien à la face profonde de l'adducteur du pouce et il en résulte que la loge que nous étudions s'étend seulement du premier au deuxième métacarpien.

Dans cette loge, remplie de tissus cellulo-graisseux, passe l'artère radiale qui, après avoir traversé le sommet, va s'anastomoser avec la cubito-palmaire pour former l'arcade palmaire profonde. — Dans son trajet à l'intérieur de la loge, l'artère radiale donne naissance à la première interosseuse palmaire qui sera le tronc commun des collatérales du pouce et de la collatérale externe de l'index.

Enfin, dans cette loge nous trouvons de très nombreux vaisseaux lymphatiques et l'on peut dire que c'est un véritable confluent des lymphatiques de la paume de la main, du pouce et de l'index. Cette particularité anatomique nous montre la facilité avec laquelle se produira l'infection et explique l'origine lymphangitique des phlegmons profonds de l'éminence thénar.

Le *traitement* de ces phlegmons est extrêmement simple, il consiste dans l'incision au niveau du pli commissural qui unit le pouce à l'index et parallèlement à ce pli. Il faut avoir soin de laisser le bistouri dès que la peau et l'aponévrose sont incisées. A ce moment-là, en effet, la loge est ouverte et le pus s'écoule. La sonde cannelée doit maintenant débrider dans la profondeur et agrandir la brèche. Il ne faut pas oublier, en effet, que la loge est traversée par plusieurs branches artérielles qu'il importe de respecter ; et il serait dangereux de pousser la pointe du bistouri dans la profondeur de la loge. L'opération sera terminée après avoir placé dans la cavité suppurée un drain de caoutchouc de dimensions moyennes.

Cette incision commissurale a deux avantages : elle permet d'ouvrir la loge par sa base, c'est-à-dire par son point le plus déclive et facilite le drainage ; 2° elle permet d'éviter la section des muscles de l'éminence thénar et des filets nerveux thénariens. Pour évacuer un phlegmon profond de l'éminence thénar, il serait en effet désastreux d'inciser directement sur l'éminence au point le plus saillant. L'instrument tranchant sectionnerait les divers plans musculaires de la région et couperait sûrement les branches nerveuses qui vont innerver les muscles thénar. Il en résulterait de l'atrophie musculaire consécutive et des troubles sérieux dans les fonctions du pouce. Ces conséquences seraient particulièrement regrettables s'il s'agissait d'un accident du travail (1).

REVUE DE PÉDIATRIE

Un cas de goître suffocant chez un nouveau né

Par M. BARDIN

Interne des hôpitaux de Saint-Etienne

Il s'agit d'un enfant qui naquit à la maternité de l'hôpital de Bellevue (service de M. Viannay), le 16 octobre 1912.

Sa mère, une secondipare, était entrée dans le service le 14 octobre, à 6 heures du soir. Rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels : bonne santé habituelle, pas de syphilis, ni d'éthylisme apparents ou avoués. En novembre 1911, elle avait accouché, au bout de sept mois de grossesse, d'une fille qui mourut quinze jours après sa naissance. Un interrogatoire ultérieur ne révéla aucune trace de goître chez elle, ni chez ses parents ou ses proches.

La grossesse actuelle avait été bien supportée.

(1) *Soc. de Chirur. de Toulouse*

L'examen de la mère, à son entrée dans le service, montre une O I D P normale. Les premières douleurs sont apparues la veille, il y a douze heures environ. Le col est dilaté à cinquante centimes. Les douleurs sont assez fréquentes ; cependant, la dilatation reste longue à se produire ; on remarque que la présentation a beaucoup de peine à s'engager et à effectuer sa descente ; un nouveau toucher pratiqué au bout de quelques heures montre que la tête est en déflexion. Ce n'est qu'au bout de 45 heures de travail que la dilatation est complète. La période d'expulsion dure 30 minutes environ ; pas de circulaire du cordon, la délivrance qui eut lieu 40 minutes après n'offrit rien de particulier.

A sa naissance, l'enfant paraît vouloir jeter quelques cris, mais il se cyanose aussitôt ; on lui fait de la respiration artificielle, il revient à lui pour se cyanoser à nouveau dès qu'on l'abandonne à lui-même. On nous fait alors prévenir et nous constatons, au niveau du cou, une tumeur volumineuse rappelant par sa forme et sa situation, une hypertrophie thyroïdienne diffuse des plus typiques. Le corps thyroïde est, en effet, très nettement dessiné avec ses deux lobes latéraux, son lobe médian et sa pyramide de Lalouette, le tout uniformément augmenté de volume et faisant une saillie que l'on peut comparer, au point de vue volumétrique, à une mandarine de grosseur moyenne. La tumeur paraît résistante à la palpation. Dès que l'enfant est dans le décubitus dorsal normal, les mouvements respiratoires se font rares, la flexion forcée de la tête augmente les menaces d'asphyxie. Au contraire, son hyperextension le fait redevenir plus rose et respirer bien mieux. Aussi, on lui place un coussin sous la nuque et nous le laissons dans cette position en recommandant de le surveiller soigneusement.

Le lendemain matin, son état était le même ; M. Müller, qui remplaçait alors M. Viannay, puis M. Viannay lui-même, le firent laisser dans la même position et ne jugèrent pas utile d'intervenir chirurgicalement.

Deux jours après sa naissance, on essaye de donner le sein à l'enfant mais il suffoque immédiatement et on est obligé de l'alimenter à la cuillère.

Cependant, à ce moment, la tuméfaction a déjà diminué et le corps thyroïde apparaît peut-être encore plus net dans ses contours.

En l'espace de quatre jours il diminue de moitié et, petit à petit, l'enfant finit par s'alimenter sans asphyxier. Au bout de vingt jours, la mère veut absolument quitter le service emmenant son enfant avec elle : c'est un assez beau petit, bien constitué, qui pèse 3 kg. 100 ; son corps thyroïde réduit au moins des trois quarts, se dessine encore très bien à la face antérieure du cou. A part les menaces d'asphyxie, survenues lors des premières tentatives d'allaitement, il n'a plus eu aucun accès de cyanose.

En somme, il nous avait été donné d'observer, durant ces quelques jours, un cas typique de congestion aiguë du corps thyroïde chez un nouveau-né. Le diagnostic était facile en face de l'épaississement du cou, du gonflement thyroïdien, de la consistance ferme de la tumeur, des accès de cyanose, accompagnés de tirage et de cornage.

L'absence de thymus ne pouvait que confirmer le diagnostic ; on aurait pu songer également à un lymphangiome, mais les lymphangiomes sont situés plus en arrière de la trachée et occupent la région sus-claviculaire ; quant aux kystes dérivant des fistules branchiales, ils occupent un seul côté de la trachée, ils sont fluctuants, parfois transparents, et donnent rarement lieu à des accidents graves de suffocation. L'heureuse issue que nous avons obtenue sans traitement est loin d'être la règle constante ; on n'a, pour s'en rendre compte, qu'à parcourir les diverses observations que l'on a publiées à ce sujet.

Jusqu'à ces dernières années, la congestion thyroïdienne des nouveau-nés fut une chose mal connue. Les traités classiques la mentionnaient à peine. Les deux premières observations datent de Nicod (d'Arbent), en 1840 ; peu à peu elles allèrent en se multipliant et, en 1906, parut une thèse de Lyon inspirée par Fabre et Thévenot. L'auteur, le Dr Richard, qui s'attendait à trouver des cas excessivement rares, fut tout surpris du nombre relativement considérable d'observations parues à ce sujet. A partir de ce moment, le goître des nouveau-nés a son chapitre à part dans la pathologie du corps thyroïde.

Des observations publiées il ressort qu'il faut distinguer deux formes anatomiques distinctes : une forme parenchymateuse qui est le goître congénital proprement dit et une forme vasculaire qui est la nôtre.

Cette dernière variété se voit dans les accouchements prolongés et laborieux. Pour Richard, son principal facteur étiologique est « l'effort ». Quand la tête se présente défléchie, et c'est justement notre cas, la partie antérieure du cou est tendue, les pressions auxquelles est soumis le fœtus, à la suite des efforts faits par la mère, amènent une stase sanguine qui remplit le réservoir thyroïdien et laisse ce dernier congestionné.

Les autopsies ont montré que les vaisseaux thyroïdiens ont conservé leur distribution lacunaire fœtale ; au sein d'un réseau capillaire réduit comme paroi à un simple endothélium, on trouve, à côté de vésicules et follicules normaux, des cellules épithéliales sans ordonnance spéciale. Il semblerait que la glande, au moment de la naissance, n'est pas arrivée à son évolution complète et qu'elle est toute préparée aux troubles circulatoires.

Il y aurait donc deux éléments : un mécanique et un autre anatomique, auxquels plusieurs auteurs, avec Bérard de Lyon, ajouteraient un troisième élément, pour eux absolument nécessaire, qui est une certaine prédisposition spéciale, héréditaire et locale ; la congestion de la glande thyroïdienne s'observant uniquement dans les pays d'endémie goîtreuse, ou tout au moins chez des descendants de goîtreux.

Notre enfant ayant heureusement guéri, nous n'avons pu observer les lésions microscopiques de son corps thyroïde ; nous n'avons, d'autre part, relevé aucun antécédent goîtreux chez la mère ni chez ses ascendants. Nous nous contenterons donc de constater la coïncidence de ce goître vasculaire avec un travail long et laborieux sur une tête défléchie ; nous ne formulerons aucune conclusion sur l'état embryonnaire ou fœtal du corps thyroïde, tout en faisant de prudentes réserves sur les prédispositions héréditaires et locales auxquelles notre petit malade aurait pu être soumis, son origine paternelle nous étant inconnue.

Au point de vue du traitement, les moyens médicaux employés sont multiples et, naturellement après chaque observation de guérison, l'auteur préconise les procédés qui lui ont servi à sauver l'enfant confié à ses soins.

Tel affirme avec autorité qu'il faut mettre la tête en hyperextension forcée et tel autre récemment encore, au Congrès obstétrical de France de 1909, déclarait avec non moins d'assurance que, seule, la position en tête défléchie est logique et salutaire. Si nous avions connu ces discussions au moment où l'on nous appela d'urgence à la maternité, nous aurions peut-être été fort embarrassé, mais comme notre ignorance à ce sujet était des plus complètes, nous avons placé notre nouveau-né dans la position où il respirait le mieux, c'est-à-dire en hyperextension.

Cette divergence d'opinion entre les auteurs tient probablement à la forme d'hypertrophie en face de laquelle ils se sont trouvés. Un corps thyroïde comme le nôtre, dont les deux lobes latéraux et l'isthme sont uniformément développés, peut se trouver très bien d'une position en hyperextension ; la trachée étant tendue au maximum, le lobe médian la comprime, ou plutôt la déprime plus difficilement, tandis qu'au contraire dans une hypertrophie unilatérale, la tête étant en déflexion, la circulation se fera mieux, le lobe congestionné se videra et comprimera moins le sommet de l'arbre respiratoire.

Nous passerons également sous silence les multiples moyens médicaux de dérivation sanguine que nous n'avons pas employés. Nous signalerons seulement que Richard, dans sa thèse, proscrit formellement la trachéotomie et le tubage. Comme notre enfant respirait assez bien, que les accidents congestifs ne récidivaient pas, nous nous en sommes tenus là, car le seul traitement dans les formes graves à accès syncopaux paraît être la libération immédiate de la trachée, soit en la mettant à découvert par une incision médiane des plans sus-jacents, soit, si cela ne suffit pas, en pratiquant l'exothyropexie qui a donné à Fochier, Pollosson et Commandeur, des résultats inespérés.

Dans notre cas, la rétrocession assez rapide des symptômes graves observés au début, permit de ne point recourir à l'intervention chirurgicale. (1)

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

La Trépanation scléro-cornéenne d'Elliot

Par M. le Docteur MEYERHOF

Tous les oculistes sont d'accord au sujet de l'action curative excellente de l'iridectomie classique dans le glaucome aigu. Il n'en est pas de même pour le glaucome chronique. Cette maladie, particulièrement répandue dans les pays de l'Orient, est en effet moins bien influencée par l'iridectomie que le glaucome aigu. D'après les auteurs, les succès de l'iridectomie varient, selon la forme plus ou moins lente du glaucome chronique, entre 30 et 70 0/0. C'est pourquoi déjà *de Wecker*, en 1869 et 1871, a essayé de remplacer l'iridectomie par la sclérotomie, guidé par l'idée de créer ainsi une « cicatrice filtrante », qui permettrait de régler définitivement la tension trop élevée de l'œil. Mais la sclérotomie n'agit réellement bien que dans les rares cas de glaucome congénital ou hydrophtalmie infantile. Dans le glaucome chronique elle n'a pas pu remplacer l'iridectomie et ceci, parce qu'elle ne crée pas la cicatrice filtrante désirée par son auteur. C'est *Lagrange* qui, en reprenant l'idée de *de Wecker*, créa la sclérectomie combinée à l'iridectomie.

L'irido-sclérectomie a été adoptée depuis dans un grand nombre d'hôpitaux ophtalmologiques d'Europe et d'Amérique. C'est une opération élégante, mais qui demande une technique assez perfectionnée pour être pratiquée selon les prescriptions de *Lagrange*. Nous omettons ici d'autres procédés opératoires destinés à créer une fistulisation comme l'iridencleisis de *Holth*, la cyclodialyse de *Heine*, l'opération de *Herbert* et celle de *Fergus* ; toutes ces opérations n'ont pas encore été suffisamment expérimentées.

Par contre, la trépanation de la sclérotique inventée par le docteur *Elliot*, médecin militaire et médecin en chef de l'Hôpital ophtalmologique du gouvernement anglo-indien à Madras, paraît avoir de plus en plus des partisans dans le monde ophtalmologique grâce à la simplicité de sa technique et à ses excellents résultats immédiats. On taille simplement un lambeau conjonctival près du limbe cornéen supérieur, on perce le limbe, au moyen d'un petit trépan de 1,5 ou 2 m/m de diamètre et on incise ou on excise l'iris s'il se présente dans l'orifice. Ainsi on obtient

(1) *Soc. des Sciences médic. de Saint-Etienne.*

une fistule sous-conjonctivale plus régulière que celle formée par les procédés déjà cités. La technique opératoire est des plus simples ; le seul accident possible est la disparition du petit disque excisé dans la chambre antérieure. Cet incident est rare et sans suite fâcheuse.

Elliot avait publié, jusqu'à la fin 1911, 406 trépanations, dont 58 contrôlées plus tard. Parmi ces dernières il y en a 12 où la vue a baissé malgré la diminution de la tension, 2 de cataracte progressive, une perte par iritis. Les autres cas sont avec résultat bon.

L'instrument d'*Elliot* a été modifié par lui-même, par *Stephenson, Schnaudigel* et d'autres. Un grand nombre d'oculistes anglais et américains ont expérimenté et adopté l'opération d'*Elliot*. En France et en Italie on n'a pas encore publié de résultats la concernant. En Allemagne la trépanation a été essayée par *Kayser, Hessberg, Wirtz*, etc. et surtout par *Stock*, professeur de clinique ophtalmologique à la faculté d'Iéna. Il rapporte 15 cas de glaucome « simple » : sur les 20 yeux opérés il y en a 4 seulement dont la tension (mesurée par le tonomètre de *Schiotz*) n'a pas été réglée. Parmi 21 cas de glaucome « inflammatoire » il y a eu 3 mauvais résultats. *Stock* a constaté quelquefois, après l'opération, une légère iritis ; il donne dans ce cas de l'*atropine*, sans crainte d'une augmentation nouvelle de la tension, puisque la fistule sous-conjonctivale est une soupape contre l'hypertension. Il a trépané un cas d'hydrophtalmie congénitale, sans succès. Il conclut à la supériorité de la trépanation d'*Elliot* sur l'iridectomie et la sclérecto-iridectomie, voire sur toutes les autres opérations préconisées contre le glaucome chronique, soit primaire soit consécutif.

La trépanation d'Elliot se recommande surtout dans les cas de glaucome chronique très progressés, où l'iridectomie devient inutile ou même dangereuse, par crainte d'hémorragie expulsive. La trépanation d'*Elliot* présente l'avantage d'une plaie opératoire très petite et celui d'une technique facile. Elle réalise en outre, une diminution sûre et très forte de la tension.

REVUE D'HYGIÈNE

Nécessité de la revision de la Loi de 1902 sur la Santé publique

Par M. le Docteur DOIZY
Député des Ardennes, Secrétaire de la Commission d'Hygiène

L'hygiène publique, en France, traverse en ce moment une crise mise en évidence par cette phrase du Dr Wurtz: «l'organisation de l'hygiène n'est qu'une vaste façade derrière laquelle il n'y a rien ». Cette phrase a soulevé une vive émotion dans l'opinion publique, dans le corps médical, chez les fonctionnaires de l'hygiène et dans le département.

Sans doute, il ne faut pas prendre à la lettre ce jugement; mais, toutefois, il est évident que la *Charte* de l'hygiène n'a pas donné, à beaucoup près, ce qu'on en attendait. Le bruit que la phrase lapidaire a fait a eu son bon côté.

Le gros public n'a peut-être aperçu que l'un des points faibles de notre organisation, la non-déclaration habituelle des maladies transmissibles, mais les hygiénistes ont fait ressortir à cette occasion les multiples défauts de la loi de 1902. Certes ! on ne pouvait réaliser la perfection en dix ans; mais, à l'heure actuelle, avec notre dépopulation croissante, il n'y a plus de temps à perdre pour porter les remèdes où ils doivent l'être. Une hygiène bien comprise, a-t-on dit, nous économiserait 250.000 enfants par an : cela nous ferait un joli total de 5 millions depuis les premiers votes de la Chambre, si malheureusement mutilés par le Sénat.

Quelles sont les réformes les plus pressantes?

L'auteur avait un moment espéré que le nouveau cabinet créerait le *ministère de l'hygiène publique*. Cette réforme qu'il avait, après bien d'autres, réclamée dès 1911 dans son rapport sur l'inspection médicale scolaire, est de nouveau ajournée et les divers services et conseils d'hygiène resteront encore dispersés dans cinq ou six ministères.

La loi de 1902 prévoit des inspecteurs départementaux d'hygiène ; quelques départements les ont institués. L'auteur les voudrait obligatoires et nommés au concours ; cette opinion est, d'ailleurs, adoptée par l'Académie de Médecine, l'inspection des services administratifs et la direction de l'hygiène.

M. Doizy espère que la Chambre se prononcera prochainement sur la proposition qu'il a déposée en ce sens le 6 novembre dernier. Le même jour, le Gouvernement a déposé son projet de désinfection après décès, voulant ainsi atteindre indirectement la tuberculose dont il est difficile de demander et surtout d'obtenir la déclaration obligatoire dans l'état actuel de nos mœurs. M. Doizy pense que la lutte contre l'alcool, contre les taudis, contre la misère, est le meilleur moyen à opposer à la tuberculose. Sur le terrain législatif, il est bon, en fait de déclaration, de se limiter au projet gouvernemental qu'on peut compléter par l'octroi du tarif légal aux cas de désinfection pour tuberculose.

Les conseils départementaux et les commissions sanitaires de circonscriptions ont besoin d'une sérieuse refonte.

Il est illogique de laisser la nomination de leurs membres aux préfets incompétents, les directeurs de bureaux municipaux d'hygiène devant être agréés par le Conseil supérieur d'hygiène, par les associations médicales. Il faudrait que ce droit d'initiative, contesté par certains préfets, fut inscrit dans la loi, que les avis de ces assemblées fissent autorité, que leurs séances fussent plus fréquentes, plus régulières, et que pour cela, des indemnités à tous leurs membres, fussent obligatoires.

Il y aurait lieu aussi de faire cesser le dualisme qui existe entre les médecins des épidémies et les contrôleurs et délégués des services de désinfection et enfin, d'assurer la vaccination et revaccination des étrangers.

Une très grosse erreur de la loi de 1902 a été de confier au médecin la déclaration. Or, non seulement, le médecin est obligé de violer le secret professionnel, mais en obéissant à la loi, il s'exposera peut-être à perdre son client ; il faut donc imposer la déclaration au chef de famille.

En résumé, il faut à la loi d'hygiène la collaboration du corps médical ; elle ne peut fonctionner sans lui. Que les sociétés et associations médicales disent comment elles comprennent les transformations à apporter à la loi et dans quelles conditions le médecin entend y apporter son loyal concours. Il faut espérer que cet appel sera entendu et que ces sages conseils seront suivis.

REVUE DE LABORATOIRE

Diagnostic d'un kyste hydatique lombaire par les méthodes biologiques

Par M. le Docteur R. MERCIER
Professeur à l'Ecole de Médecine de Tours

Les observations de kystes hydatiques des muscles sont relativement peu fréquentes, puisque la statistique de Becker (1), portant sur 327 cas, n'en contient que 17. Le fait clinique, que je relate aujourd'hui, est intéressant à un double titre, et par sa localisation anatomique rare et par sa symptomatologie réduite aux seuls signes biologiques.

(1) Becker. Die Verbreitung der Echinokokkenkrankheit in Mecklenburg, *Beitrage f. klin. Chirurgie*, 1907, LVI, p. 1-122.

J. G..., vingt et un ans, m'est adressé, le 11 décembre 1911, par le Dr Jousselin, pour une tuméfaction de la région lombaire droite. Ce malade, issu de parents sains, n'accuse dans son passé qu'une chute sur le genou gauche survenue trois ans auparavant. Questionné sur la maladie actuelle, il la fait remonter à deux mois environ : à cette époque, il a commencé à éprouver une certaine douleur obtuse au niveau de la hanche droite, mais dans la position assise il ne ressentait qu'une simple gêne.

A la fin d'octobre, il voit ses troubles fonctionnels s'accentuer au point de nécessiter un repos absolu au lit ; le médecin, appelé à ce moment, constate, au niveau de la région lombaire inférieure droite, l'existence d'une tuméfaction dont le volume atteint assez rapidement celui d'une petite tête.

C'est dans ces conditions que le malade se présente à mon examen : pas d'altération de la peau ; pas de douleur provoquée par la palpation, mais une fluctuation manifeste. Les urines sont normales. L'absence de toute élévation de température et l'évolution torpide de l'affection font porter le diagnostic d'abcès froid. Une ponction, pratiquée le 27 décembre, donne issue à une très faible quantité d'un liquide visqueux, grisâtre, tenant en suspension des lobules graisseux, de la cholestérine et de nombreuses cellules désagrégées.

En présence de ce résultat négatif et avant de décider toute intervention chirurgicale, j'ai essayé les diverses réactions biologiques préconisées dans le cas de kyste hydatique ; voici les résultats qu'elles m'ont donnés :

L'examen du sang fournit, comme numération, 6.820.000 hématies et 12.400 leucocytes ; les éosinophiles atteignent la proportion de 9 p. 100.

Le sérum sanguin recueilli permet de rechercher la *réaction de fixation* : après vérification de l'antigène et de l'ambocepteur, la méthode de Weinberg donne une réaction nettement mais faiblement positive. Le reliquat du sérum sanguin est employé à la recherche du *précipito-diagnostic* ; un mélange de 1 centimètre cube de liquide hydatique avec quinze gouttes de sérum du malade est mis à l'étuve à 40 degrés. Après dix heures, le tube ne contient pas un précipité floconneux, mais offre un louche très net.

L'opération, enfin pratiquée, le 4 janvier 1912, par le Dr H. Barnsby, permet d'extirper un kyste monoloculaire rempli d'une matière puriforme et limité par une membrane conjonctive épaisse, blanchâtre, qui s'enfonce dans les muscles de la masse sacrolombaire droite.

L'étude de l'*évolution de l'éosinophilie sanguine* a été alors entreprise en tenant compte des recherches de MM. Chauffard et Boidin (1) ; cette éosinophilie qui, antérieurement, atteignait 9 p. 100, tombait à 2 p. 100 dès la sixième heure après l'opération. Le lendemain, l'éosinophilie avait complètement disparu, et cela d'une manière définitive.

Ce kyste hydatique, dont la guérison opératoire fut normale, évolua ainsi sans symptômes cliniques précis et sans phénomènes d'intoxication. L'application des méthodes de laboratoire à son diagnostic a seule permis de le classer parmi les kystes hydatiques à réactions biologiques complètes avant toute intervention (2).

(1) Chauffard et Boidin. L'éosinophilie. *Bull, Soc. méd. des Hôp.*, 13 décembre 1907.
(2) *Soc. Méd. des Hôp.*

UN BUREAU D'HYGIÈNE SOCIALE

Par les soins de M. Rockefeller, il est question de réaliser à New-York la formation d'un bureau d'hygiène sociale pour entreprendre une vaste campagne contre les divers maux qui rongent la société. Le plan de cette campagne est tout prêt à être mis en exécution. Cette création toute prochaine est la conclusion d'enquêtes minutieuses menées en Amérique et en Europe depuis deux années.

REVUE DES INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les Maladies Professionnelles

Par le Docteur RUTTEN, de Liège

Tableau anglais comportant la nomenclature des 24 maladies professionnelles reconnues et celle des professions assujetties jusqu'à maintenant ainsi que la statistique indiquant, pour chaque maladie, le nombre de cas indemnisés d'après les « Livres bleus » de l'Home office.

La loi anglaise, proposant l'extension de la loi de 1897 relative aux accidents du travail aux affections dues au travail par une cause lente, fut votée le 21 décembre 1905 et entra en vigueur le 17 juillet 1907.

Le « Blue Book » donnant la statistique « compensation » paraît ordinairement pendant le mois de septembre et renseigne sur les indemnisations accordées avant le mois de juillet de Par exception la distribution du Livre bleu de 1911 n'a été faite cette année que le 26 octobre 1912. Pour connaître le nombre exact, il faut additionner les deux chiffres.

A renseigne sur les pensions antérieures qu'on continue. B sur les nouveaux cas de l'année.

NOMBRE D'INDEMNISÉS

	en 1908	en 1909	en 1910	en 1911
1° *Anthrax.* — Travail de la laine des crins, soies, peaux.	A— 4 B— 23	A— 2 B— 22	A— 6 B— 35	A— 2 B— 30
2° *Intoxication par le plomb.* — Travail comportant l'emploi du plomb ou de ses composés 1 ou 2 cas dans les mines.	A— 61 B—421	A—146 B—351	A—152 B—367	A—148 B—406
3° *Intoxication par le mercure.* — Travail comportant l'emploi du mercure.	A—0 B—3	A—0 B—1	A—0 B—4	A—1 B—5
4° *Intoxication par le phosphore.* — Travail comportant l'emploi du phosphore.	A—0 B—1	A—0 B—1	A—0 B—1	A—1 B—0
5° *Intoxication par l'arsenic.* — Travail comportant l'emploi de l'arsenic.	A—0 B—15	A— 2 B—46	A—0 B—7	A—0 B—1
6° *Ankylostomiase.* — Travail dans les mines.	A—0 B—6	A—0 B—8	A—0 B—7	A—0 B—6
7° *Empoisonnement par la benzine et ses dérivés.* — Travail comportant l'emploi de la benzine et des dérivés.	A—0 B—10	A—7 B—8	A— 5 B—28	A— 0 B—45
8° *Empoisonnement par le bisulfure de carbone.* — Travail comportant l'emploi du bisulfure de carbone.	A—0 B—0	A—0 B—1	A—0 B—0	A—0 B—0
9° *Empoisonnement par les vapeurs nitreuses.* — Travail au cours duquel se dégagent des vapeurs nitreuses.	A—0 B—0	A—0 B—0	A—0 B—0	A—0 B—6
10° *Empoisonnement par le nickel-carbonyl.* — Travail comportant l'emploi de ce poison.	A—0 B—0	A—0 B—0	A—0 B—0	A—0 B—0
11° *Empoisonnement par le buis africain Gonloma kamassi.* — Travail dans les manufactures d'articles en buis africain.	A—0 B—0	A—0 B—0	A—0 B—1	A—0 B—0
12° *Ulcération par le chrome.* — Travail comportant l'usage d'acide chromique et des composés.	A—1 B—20	A— 0 B—23	A—10 B—20	A— 2 B—22
13° *Ulcération eczémateuse de la peau ou des muqueuses par poussières ou par des liquides.* — L'ouvrier doit faire la preuve des caractères professionnels de ces ulcérations.	A—1 B—19	A—5 B—42	A— 4 B—30	A— 6 B—46
14° *Cancer épithéliomateux ou ulcérations de la peau ou de la cornée dues aux composés de goudron, de la poix, etc.* — Travail comportant la manipulation de la poix, du goudron ou des composés.	A—2 B—5	A—0 B—4	A—0 B—4	A—2 B—8
15° *Epithélioma scrotal.* — Ramonage des cheminées.	A—0 B—7	A—0 B—5	A—0 B—2	A—1 B—0
16° *Nystagmus professionnel.* — Travail dans les mines.	A— 74 B—386	A—380 B—634	A—662 B—956 + 1 cas chez un carrier	A—1144 B—1374
17° *Morve.* — Soins donnés à un animal atteint de la morve ; manipulation de la peau ou de la carcasse.	A—0 B—0	A—0 B—0	A—0 A—1	A—1 B—0
18° *Maladie de l'air comprimé.* — Travail dans les caissons à air comprimé.	A— 1 B—10	A—2 B—2	A—1 B—2	A—1 B—2
19° *Cellulite main ou main battue.* — Travail dans les mines surtout. (Carrières, métallurgie et marine : 6 cas en 1911).	A— 20 B—464	A— 50 B—572	A— 32 B—77.	A— 38 B—573
20° *Cellulite rotule ou genou battu.* — Travail dans les mines.	A— 29 B—539	A— 29 B—580	A— 9 B—1160	A— 56 B—1402
21° *Bursite coude ou coude battu.* — Idem.	A— 8 B—67	A— 6 B—63	A— 2 B—80	A— 6 B— 130
22° *Ténosite et synovite main.* — Idem.	A— 0 B—87	A— 5 B—128	A—10 B—95 un cas chez un métall.	A— 4 B—138
23° *Cataractes des verriers.* — Travail comportant l'exposition des yeux à l'éclat du verre fondu.	A—0 B—0	A—0 B—0	A—0 B—1	A—1 B—0
24° *Crampe des télégraphistes.* — Usage des instruments télégraphiques.	A—0 B—0	A—0 B—0	A—0 B—1	A—1 B—0

CARNET DU PRATICIEN

Contre la migraine ophtalmique.

Dès le début de l'accès, faire prendre les cachets suivants de demi-heure en demi heure :

Antipyrine .... 0 gr. 50
Phénacétine .... 0 gr. 20
Acétanilide .... 0 gr. 10
Caféine .... 0 gr. 05

pour un cachet; en prendre jusqu'à 6 par jour au maximum ;

Ou bien, vider l'intestin par un lavement d'eau bouillie tiède et injecter ensuite dans le rectum la préparation suivante :

Antipyrine .... 1 gr.
Bicarbonate de soude .... 1 gr.
Eau distillée .... 30 gr.

On peut aussi recourir au bromure de potassium administré dès le début de la crise, à la dose de 1 à 2 grammes dans une tasse d'infusion de valériane.

Ou encore employer l'extrait de cannabis indica :

Extrait hydro-alcoolique de cannabis indica .... 0 gr. 015
Phénacétine .... 0 gr. 15
Acétanilide .... 0 gr. 15

pour une pilule n° 30.

Prendre une pilule tous les quarts d'heure jusqu'à soulagement de l'accès sans jamais dépasser six pilules.

Potion antiémétique

Menthol .... 0 gr. 30
Elixir de Garus .... 50 gr.
Eau chloroformée .... } àà 50 gr.
Eau distillée .... }

Indications des Stations hydrominérales et climatiques

En romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

En romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant* pas *d'eau.*

En «italique». — Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydro-minéral.

Albuminuries. — Saint-Nectaire.
Anémie. — Cauterets, Lamalou, La Bourboule.
Arthritisme. — Contrexéville, Cauterets, Mont-Dore.
Artério-sclérose. — Plombières, Royat.
Asthme. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Enghien.
Bronchites. — Cauterets.
Bronchites chroniques. — Cauterets, Mont-Dore La Bourboule.
Coliques hépatiques. — Contrexéville.
Constipation. — Cauterets, Châtel-Guyon.
Coryza chronique. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades, Enghien.
Dermatoses. — Saint-Christau, La Bourboule, Fumades.
Diabètes. — Contrexéville, La Bourboule, Vichy.
Dyspepsies. — Plombières, Cauterets.
Emphysème. — Mont-Dore, La Bourboule, Enghien.
Entérites. — Châtel-Guyon, Cauterets, Plombières.
Estomac. — Vichy, Plombières.
Foie. — Contrexéville.
Gorge. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades.
Goutte. — Contrexéville, Aix-les-Bains.
Gravelle urique. — Contrexéville, Châtel-Guyon, Vichy.
Laryngites. — Cauterets, La Bourboule, Fumades, Enghien.
Leucoplasie. — Saint-Christau.
Métrites. — Plombières, Salins-Moutiers, Fumades.
Névralgies. — Plombières.
Nez. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades.
Reins (Lavage). — Contrexéville.
Rhumatismes. — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax.
Rhume des Foins. — Mont-Dore, La Bourboule.
Sciatique. — Aix-les-Bains.
Syphilis. — Cauterets, Aix-les-Bains.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 7.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE.

VARIÉTÉS

L'INSPECTION DENTAIRE DANS LES ÉCOLES

M. André Gent a récemment fait au Conseil municipal de Paris la proposition tendant à la création dans les écoles d'un service d'inspection dentaire.

Voici l'exposé des motifs de sa proposition qui a été renvoyée par le Conseil à l'examen de la IVe Commission.

Il est universellement admis par la majorité des médecins et par un public éclairé que l'état de la bouche et des dents a une importance très grande sur l'état de la santé en général.

Ce qui est vrai pour les grandes personnes en particulier, est encore plus vrai pour les enfants.

Les enfants ont deux périodes dentaires très importantes :

1° La période des dents de lait, qui est du ressort maternel ou familial ;

2° La période des dents définitives ou de remplacement qui commence vers 9 ou 10 ans.

A ces deux périodes peut correspondre une secousse dans l'organisme délicat qu'est celui de l'enfant.

Nous ne nous occuperons que de la période des dents définitives, car c'est elle qui s'effectue dans la période scolaire au moment où l'enfant perd un peu le contact familial pour prendre, pour ainsi dire, contact avec la vie sous l'œil vigilant des maîtres et des pouvoirs publics.

Vers cet âge de douze ans, si tout était normal dans la bouche, il n'y aurait pas lieu de s'inquiéter, mais des observations très sérieusement recueillies, par des médecins dentistes, il résulte que, sur 100 sujets observés, 80 à 95 0/0 ont des dents cariées. On arrive donc à une statistique de 8 à 10 0/0 d'enfants indemnes de carie à cet âge.

Ce qui attire surtout l'attention, c'est que ce sont surtout les grosses molaires qui sont cariées.

Les médecins savent tous que, vers cet âge de 10 à 12 ans, le système lymphatique de l'enfant est extrêmement développé et sensible aux manifestations d'infection extérieure.

Il faut veiller à ce que cet organisme déjà si occupé par la croissance ne soit pas troublé par d'autres manifestations causées par l'infection.

Or, que se passe-t-il lorsque les grosses molaires sont cariées chez l'enfant?

Par la carie dentaire, une porte est ouverte à toutes les infections de la flore buccale, et nous savons combien cette flore est funeste quand elle peut trouver un terrain propice à son développement.

Des observations rigoureusement recueillies, il résulte que des adénites, des gingivites, des fistules, la scrofule, ont pu prendre naissance chez les enfants dont les dents étaient cariées.

La tuberculose des adénites cervicales n'a souvent pas d'autre cause.

Dans de telles conditions, l'alimentation chez l'enfant ne peut être que défectueuse, d'où mauvaise assimilation, décalcification des os, rachitisme, tuberculose osseuse, dyspepsie infantile, dilatation stomacale par suite de mauvaise mastication.

Le scorbut infantile naît chez les sujets dont les dents sont mauvaises ; soignez les dents et le scorbut disparaît.

Les infections dentaires peuvent gagner les yeux ; des otites moyennes et internes, des sinusites n'ont pas d'autres origines, de même les convulsions de l'enfance, les névralgies faciales, la danse de Saint-Guy.

Les méningites, l'angine de Ludwig, les septicémies et les ganglions lymphatiques sont souvent d'origine dentaire.

J'abrège cette énumération de laquelle il résulte que l'observation de la bouche des enfants s'impose comme un devoir de premier ordre.

Or, cette observation ne peut être faite que par le médecin spécialiste, le docteur en médecine dentiste.

Lui seul peut, par ses connaissances générales et ses études médicales, donner une garantie sérieuse à cet examen. Voir un trou dans une dent et la soigner n'est pas suffisant ; il faut pouvoir lire et pénétrer dans l'organisme tout entier, et seul un médecin dentiste peut arriver à ce résultat.

VILLES DE SAISON

Académie de Médecine.

Au cours de sa dernière séance, l'Académie de médecine a reçu, transmis par le ministre de l'Intérieur, 1° Une demande de la municipalité de Luxeuil (Haute-Saône), en vue de la création d'une chambre d'industrie thermale;

2° Des demandes en vue d'obtenir l'autorisation d'exploiter comme eaux minérales naturelles : une source dite « Oméga », à Vittel (Vosges); une source dite « Marie-Laure », à Saint-Angel (Puy-de-Dôme);

3° Des pièces complémentaires à des demandes d'autorisation relatives à la source dite « Majeure », à Vaux (Allier) et à la source dite « Impériale », à Vittel (Vosges).

Toutes ces demandes ou pièces ont été renvoyées à l'examen de la Commission permanente des eaux minérales.

ÉCHOS

Les pharmaciens en France

Le nombre des pharmaciens augmente considérablement.

Alors qu'en 1860 il n'y avait en France que 5.000 pharmacies, soit une officine pour 7.200 habitants, en 1900, la statistique indiquait 9.406 pharmacies, (une pour 4.400 habitants), et en 1912 environ 12.000, soit une pharmacie pour 3.280 habitants.

C'est Paris, naturellement, qui compte le plus de pharmacies. Il y a une officine pour 2.000 habitants, soit 1.347 pharmacies.

Commission supérieure de l'enseignement médical

La commission supérieure de l'enseignement médical a clos sa session.

Au cours de ses séances, la commission supérieure, présidée par M. Liard, vice-recteur de l'académie de Paris, et M. Bayet, directeur de l'enseignement supérieur, a voté le nouveau statut de l'agrégation en médecine.

La principale réforme accomplie est la suivante. Les épreuves d'admissibilité à l'agrégation étant d'ordre essentiellement théorique, les infortunés candidats qui n'avaient pas franchi le cas de l'admission définitive étaient condamnés toute la vie à ruminer sans cesse les mêmes questions théoriques. Désormais, l'admissibilité sera valable pendant neuf ans, c'est-à-dire qu'un candidat déclaré admissible sera délivré des grosses épreuves théoriques, et ainsi des loisirs lui seront faits, qui lui permettront de suivre ses recherches personnelles.

D'autre part, le projet voté par la commission supérieure a eu pour principal objet de favoriser la spécialisation des nouveaux agrégés, afin que toutes les branches de l'enseignement médical soient désormais enseignées dans les facultés et écoles de médecine, ce qui n'avait pas lieu jusqu'ici.

Signalons enfin un vœu pour obtenir des pouvoirs publics des crédits plus élevés en faveur de nos laboratoires, vraiment mis en état de trop grande infériorité en regard des laboratoires étrangers.

Les Prix du Congrès International de Médecine

A l'occasion de la réunion du XVIIe Congrès international de Médecine à Londres, seront décernés le Prix de Moscou, le Prix de Paris et le Prix de Hongrie.

Le Prix de la ville de Moscou, institué en commémoration du XIIe Congrès international de Médecine, d'une valeur de 5.000 francs, sera décerné pour le meilleur travail sur la médecine ou l'hygiène, ou pour des services éminents rendus à l'humanité souffrante.

Le Prix du XIIIe Congrès international de Médecine, de Paris, d'une valeur de 4.000 francs, sera donné à une seule personne pour une découverte ou un ensemble de travaux originaux, qui ne remonteront pas à plus de 10 ans, et qui porteront sur la Médecine, la Chirurgie, l'Obstétrique ou les Sciences anatomiques ou biologiques, dans leurs applications aux Sciences médicales.

Le Prix de Hongrie, institué en commémoration du XVIe Congrès international de médecine, d'une valeur de 3.000 couronnes, sert à récompenser un ouvrage, rentrant dans le domaine des sciences médicales et ayant paru dans l'intervalle de deux Congrès internationaux.

Le Bureau de la Commission permanente des Congrès internationaux de médecine invite les collègues à bien vouloir lui nommer les savants qu'ils jugent les plus dignes d'être couronnés. On peut présenter sa propre candidature.

La présentation d'une candidature doit être accompagnée de l'envoi d'un exemplaire de l'ouvrage sur lequel la candidature est fondée.

Toute candidature présentée après le 1er juin ne pourra être prise en considération.

Les Prix seront décernés pendant la réunion du Congrès de Londres en août 1913.

Adresse du Bureau de la Commission permanente : La Haye, Hugo de Grootstraat, 10, Pays-Bas.

Les médecins à Paris

Une fort curieuse statistique vient d'être faite sur la répartition des médecins dans les divers quartiers de Paris.

C'est le quartier de l'Europe qui compte le plus grand nombre de médecins. Dans ce quartier favorisé il y a un médecin pour 94 habitants.

Les quartiers des Champs-Elysées, du Faubourg-du-Roule, de la Madeleine ne sont point dépourvus eux non plus de soins médicaux. Sur 131 habitants en moyenne on trouve un médecin. La proportion du nombre des médecins par rapport à la population décroît à mesure que l'on s'éloigne des quartiers riches ou aristocratiques. Dans le quartier des Ecoles on note un médecin pour 500 habitants environ. Aux Halles, aux Batignolles, dans les quartiers Saint-Merri, Bonne-Nouvelle, Enfants-Rouges il y a un médecin pour 1.000 habitants.

Un médecin pour plus de 2.000 habitants à Bel-Air, à la Goutte-d'Or, aux Epinettes, à Javel, à Picpus.

Dans les quartiers plus lointains, au Père-Lachaise, à la Villette, à Charonne on à Plaisance, les médecins sont plus rares. Un pour 3.000 ou 3.500 habitants.

Un médecin pour 6.000 habitants, la population d'une petite ville de province, telle est la situation dans les quartiers de la Gare, d'Amérique ou de la Chapelle.

Mais le record de la pénurie médicale est détenu par Saint-Fargeau : *un* médecin pour 17.722 habitants.

Les médecins qui se plaignent de l'encombrement de la carrière trouveront des débouchés dans le quartier Saint-Fargeau... à moins, ce qui est probable, que celui-ci soit visité par les médecins nombreux logés dans les quartiers du voisinage.

Les Tables décennales de l'Etat civil.

Sur l'initiative des ministres de l'intérieur et de la justice, une réforme depuis longtemps réclamée vient d'être réalisée dans la tenue des actes d'état civil.

Il sera désormais établi dans chaque commune — et à Paris et à Lyon dans chaque mairie — une table annuelle et une table décennale des naissances, décès, mariages divorces et tous autres actes d'état-civil. Ces tables seront le relevé rigoureusement alphabétique par année et par période de dix ans des déclarations portées sur les registres. Les femmes y seront mentionnées à leur nom patronymique et aussi le cas échéant, au nom de leur mari.

Ainsi seront facilitées les recherches en matière d'état civil qui, jusqu'à présent, nécessitaient l'examen page par page des registres communaux.

Ananas empoisonneurs.

L'ananas, est, on le sait, inoffensif. On a cependant observé, à Hanoï, trois empoisonnements graves causés par ce fruit.

D'après les indigènes, toutes les variétés, jaune, blanche ou rouge, de l'ananas, seraient susceptibles de produire des accidents toxiques, dans des conditions mal connues et en dehors de toute altération apparente.

84e Année (Série XIIIe) — No 189 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 12 Mars 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTEUR
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Exposition Bruxelles 1910
Vice-Prés. de cl. Expos. Gand 1913

Ancienne *Gazette de Santé*
(140e Année)

Sommaire du Numéro du 12 Mars 1913

A nos Collaborateurs.

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la *Gazette Médicale de Paris*, sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs, mettra, désormais, à leur disposition un tirage à part à 50 exemplaires, de leurs articles inédits qu'elle aura publiés.

ÉCHOS

Les frais du diplôme de docteur en médecine.

Le conseil supérieur de l'instruction publique a décidé d'augmenter les droits à percevoir pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine. Avec le régime actuel, qui remonte à 1893, ces droits s'élèvent à 1 395 francs. Le projet actuel les accroît de 245 fr., soit au total 1.640 francs, dont 950 francs au profit des universités et 690 francs au profit du Trésor.

Un nouveau journal.

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs l'apparition du premier numéro de notre nouveau confrère. *La Plus Grande France*, dont le directeur est notre rédacteur en chef, M. le Dr Lucien Graux.

Spécialement consacré à la défense des intérêts français à l'étranger et aux colonies, *La Plus Grande France*, qui paraîtra régulièrement le 1er et le 15 de chaque mois, a pour rédacteur en chef M. Georges Veillat, député et gouverneur honoraire des colonies, et pour administrateur M. Georges Zante.

Imprimé sur un beau papier et accompagné d'illustrations variées, *La Plus Grande France*, format d'*Excelsior*, comportera huit pages.

Nos meilleurs vœux de prospérité à ce nouveau confrère qui vient prendre une place nécessaire dans la presse coloniale où il entend servir de façon toute particulière « les intérêts de *La plus grande France*, de celle qui s'organise au loin, qui lutte pour accroître à l'étranger l'influence de la mère patrie, et par suite sa puissance et sa richesse ».

Nos Articles.

La reproduction de tous nos articles est *autorisée*.

Un legs à l'Académie française.

Un philanthrope, M. Le Blanc de La Candrie, qui vient de mourir, a institué l'Académie française sa légataire universelle.

Le testateur était fort riche. Il possédait un hôtel rue du Faubourg-Saint-Honoré; le château de la Mare, à Flins-sur-Seine, avec maisons, dépendances, terres et bois.

L'Académie devra servir quelques legs particuliers et offrir le domaine de la Mare et une somme de de 400.000 francs à l'Assistance publique, à charge par celle-ci de transformer le domaine en un lien de convalescence pour femmes et enfants.

L'Académie devra également remettre à la ville de Cosne (Nièvre) les collections d'étains, de porcelaines, faïences anciennes, tabatières, orfèvreries du XVIe siècle et une vitrine contenant l'uniforme de garde du corps et divers souvenirs du père du défunt.

Superstitions Médicales des Bulgares

La médecine populaire est, en Bulgarie, le privilège des *bajacka* ou *vracka*, sorcières qui doivent, dit-on, leur initiation au délire, pendant lequel, transportées dans un autre monde, elles ont entendu et reçu la révélation des remèdes et des formules.

Quand un enfant ou un vieillard est malade, on s'empresse d'appeler la *bajacka*. Elle pose le médius de la main droite sur le front du patient qu'elle frappe, en répétant trois fois :

« Au nom de la sainte mère de Dieu, que le mauvais aille là où les coqs ne chantent pas, où les chiens n'aboient pas, où les poules ne gloussent pas, où l'arbre ne pousse pas, où l'eau ne coule pas, où le soleil ne brille pas, où la lune ne luit pas, dans les forêts désertes, les lieux déserts, les rochers déserts. »

Ensuite, elle lave la figure du malade avec de l'eau qu'elle a exorcisée par les mêmes formules.

Celles-ci diffèrent suivant la nature de la maladie et les remèdes sont aussi distincts que les maux.

Quand l'enfant souffre de la dentition, ou le vieillard du rhumatisme ou de la goutte, la *bajacka* leur promène autour de la tête un œuf, qu'elle tient dans la main droite, et elle dit :

« Si le mal vient du diable, qu'il s'en aille à la suite de la corneille noire, de l'ours noir dans les forêts et les déserts ; s'il vient du lis doux et mielleux, je le frotterai avec du miel, afin que les abeilles l'emportent sur les vignes, sur les cornouillers, sur les poiriers, sur les fleurs ; s'il vient du Très-Saint, la Mère de Dieu l'éloignera, le jettera parmi les démons, sur les pierres, dans les étoiles où l'homme ne peut aller, où le coq ne peut voler, où le plaisir ne peut vivre. »

Alors elle ouvre l'œuf par un bout, boit le blanc et frotte avec le jaune la partie malade. Ensuite elle fait à l'autre bout de l'œuf un second trou, y passe un fil, et l'attache au cou du patient.

Contre la migraine et la jaunisse, les spécifiques sont non moins réguliers : la *bajacka* vient avec un tonneau, dont l'extérieur est peint en vert et verni, puiser de l'eau dans le ruisseau, à l'endroit où passent d'ordinaire les enfants. Elle prend alors dans le foyer, avec des ciseaux, trois charbons ardents, qu'elle jette dans le tonneau, sur lequel elle fait le signe de la croix. Elle retire les charbons un à un, après les avoir remués avec ses ciseaux, en répétant à chaque fois, une formule particulière. Elle recommence cela trois fois, jette ainsi neuf charbons dans l'eau, les en retire successivement, puis donne enfin à boire au malade de l'eau du tonneau.

Pour les maux de tête, on entoure aussi le front d'un morceau de papier bleu, qu'on n percé avec une aiguille, en y répandant de l'encens.

Les maux de poitrine se guérissent avec du lait de nourrice, dont on prend une grande cuillerée pendant quarante jours. Si le malade est du sexe masculin, la nourrice doit être mère d'un garçon : si la maladie atteint une femme, la nourrice doit avoir eu une fille.

Contre les épidémies, point de remède ; mais on peut les transporter ailleurs dans une *turba* (poche), dans laquelle on met un gâteau de pur froment, et un bouquet lié avec du fil rouge et auquel on attache quelques pièces de monnaie.

L'homme qui se porte bien ne doit pas parler haut de sa santé.

Il y a des jours fastes et néfastes, les premiers propices à la santé, les seconds favorables à la maladie.

Ainsi, vers le 25 mars, voir une cigogne est une certitude de se bien porter toute l'année. Travailler le 14 juillet, c'est s'exposer fatalement à tomber malade. Baigner un enfant le 15 juillet, autant lui donner la mort ; il ne peut y échapper le jour même. Le 4 août, on mange de l'ail pour se préserver de la fièvre. Le 14 octobre, on chôme partout pour ne pas devenir fou. Le 4 décembre on allume des chandelles avant le repas pour éloigner les maladies ; on en allume aussi au moment des naissances.

Un grand remède pratiqué encore maintenant, c'est la saignée. Chaque village a son *saigneur* et on en compte parfois jusqu'à cinq, qui tirent avec enthousiasme tant de sang à leur patient qu'ils l'envoyent *ad patres*. Il a fallu faire, en 1888, une loi contre ces enragés « tireurs de sang ».

Les simples sont partout en honneur ; on en fait la récolte en commun, à un jour donné, nommé *etcw*. Quiconque trouve un de ces simples doit en faire connaître gratuitement l'usage à son prochain, sous peine de pécher contre Dieu et de servir le diable.

C'est pour ce motif que la *bajacka* ne se fait jamais payer ses remèdes ; à peine consent-elle à recevoir une toute petite pièce de monnaie, un *para*, comme souvenir.

La *bajacka* est, dans les villages, une véritable puissance. On n'a confiance qu'en elle. On ne fait venir le médecin que pour savoir le mal que l'on a, et l'on se fait soigner ensuite par la *bajacka*. Ou bien, on prend l'ordonnance du médecin, et au lieu de l'envoyer au pharmacien pour la faire préparer, on met la recette dans un verre, on verse de l'eau par-dessus et on ingurgite le tout. D'autres brûlent le papier où se trouve écrite la prescription, et avalent les cendres.

Le Divorce à Paris

Les statistiques de l'année 1911 qui viennent d'être éditées nous renseignent comment on divorce à Paris.

2.181 divorces ont été prononcés pendant l'année : 13 époux avait moins de 24 ans, 194 de 25 à 29 ans, 481 de 30 à 34 ans, 43 de plus 60 ans !

8 épouses avaient moins de 20 ans, 154 de 20 à 24 ans, 340 de 25 à 29 ans, 29 plus de 60 ans.

84 époux et 70 épouses étaient veufs antérieurement à leur mariage ; 39 époux et 30 épouses divorçaient pour la seconde fois.

Dans les divorces prononcés, une seule fois l'époux avait 25 ans de plus que sa conjointe, 13 fois plus de 20 ans ; 2 fois l'épouse avait plus de 20 ans que son mari, 5 fois plus de 18 ans.

Les causes pour lesquelles les divorces ont été prononcés sont les suivantes : condamnations : 11 ; adultère de l'homme : 192 ; adultère de la femme : 264 ; excès, sévices : 300 ; injures graves : 1.387 ; causes diverses : 27.

1.208 divorces étaient prononcés entre époux n'ayant pas d'enfants, 502 entre époux ayant un enfant ; 282, 2 enfants ; 78, 3 enfants ; 35, 4 enfants ; 5, 5 enfants ; 6 plus de 5 enfants ; dans 65 cas, le tribunal n'avait aucun renseignement sur la postérité des conjoints.

En parcourant les professions exercées par les divorcés, on remarque, au côté masculin, 5 hommes de loi, 6 médecins et pharmaciens, 8 artistes, 18 employés d'administration et officiers, 519 commerçants et 379 ouvriers. Du côté féminin, 27 professions libérales, 578 commerçantes et 437 employées ou ouvrières.

Terminons en ajoutant que 308 instances en divorce n'ont pas eu de suite, une conciliation étant intervenue.

Le Calendrier des Causes de Mort

Un médecin américain, le Dr Arbuthnot, de New-York, vient de se livrer à une curieuse statistique portant sur l'époque d'apparition des maladies suivant les différents mois de l'année.

Il a pu ainsi dresser le tableau suivant :

JANVIER : un peu toutes les maladies.

FÉVRIER : *scarlatine, bronchite*, diphtérie, rougeole.

MARS : *rougeole, influenza, tuberculose pulmonaire*, bronchite, pneumonie, suicides.

AVRIL : rougeole, scarlatine, *autres formes de tuberculose*.

MAI : rougeole, scarlatine, coqueluche, tuberculose, suicides.

JUIN : rougeole, coqueluche, suicides.

JUILLET : malaria, diarrhée, *morts violentes, suicides*.

AOUT : typhoïde, *coqueluche, méningite, diarrhée* et *entérite*, morts violentes.

SEPTEMBRE : *fièvre typhoïde, malaria*, méningite, diarrhée.

OCTOBRE : typhoïde, malaria, diphtérie.

NOVEMBRE : typhoïde, malaria, *diphtérie* et *croup*, bronchite et affections pulmonaires.

DÉCEMBRE : diphtérie, influenza, bronchite, morts violentes.

Association Médicale Internationale CONTRE LA GUERRE

La réunion générale annuelle de cet important groupement humanitaire aura lieu le 21 mars prochain au siège social de l'Association, 25, rue des Mathurins, Opéra-Paris, à 9 heures du soir.

Le Comité espère que nos aimables confrères y viendront nombreux comme les années précédentes, et que nombreux aussi seront les nouveaux adhérents qui adresseront le bulletin ci-dessous, au Président-Fondateur de l'Association, le docteur J.-A. Rivière, 25, rue des Mathurins, Paris.

Aucune cotisation n'est requise.

BULLETIN D'ADHÉSION A DÉTACHER

Je soussigné Dr..............................

demeurant à.................. *rue*........ *n°*....

*désire faire partie de l'*Association Médicale internationale contre la Guerre.

Nom et adresse lisibles et complets.

Une explication du Rein mobile basée sur l'Anthropogénie

Par M. le Docteur F. CATHELIN, de Paris
Chirurgien en chef de l'Hôpital d'Urologie

C'est un fait bien connu et depuis longtemps signalé que chez la femme le rein droit a une tendance toute particulière à sortir de sa loge.

D'où vient qu'il en soit ainsi ? Quelle peut-être la raison de ce « stigmate de dégéné-



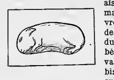


Fig. 1. — Position recroquevillée intra-utérine du fétus humain (à droite, dans l'encadrement, position d'un embryon de cobaye).

rescence », comme disait Albarran, en réalité de ce vice de conformation ?

Des raisons invoquées jusqu'ici, aucune, en réalité, ne satisfait complètement l'esprit, aucune pareillement ne permet d'expliquer ce triple phénomène de la fréquence, du siège à droite et de la prédilection chez la femme.

Le volume du foie adulte ne peut évidemment, à lui seul, résoudre le problème puisqu'il existe aussi bien chez l'homme que dans l'autre sexe. Le port du corset ne peut également pas jouer un rôle efficient et s'adapter au dogme admis généralement de la congénitalité (rein mobile congénital).

Or, une étude plus approfondie du développement ontogénique m'a permis de surprendre dans la genèse du développement la réponse à chacune des trois questions cliniques mentionnées plus haut et j'ai déjà ébauché cette théorie, d'ordre purement anthropogénique en octobre 1910, au Congrès français de Chirurgie à propos d'une communication sur : « Une statistique de 30 opérations rénales avec 30 guérisons.

Fig. 2. — Aspect et volume du foie fœtal. (Testut.)

I. — Explication anthropogénique de la fréquence. (Fig. I.)

La fréquence du rein mobile s'explique par la position anormale du fœtus dans le ventre de la mère. Il suffit de se rappeler la position recroquevillée de l'embryon pour juger l'*état de contrainte* où doivent se trouver la plupart des organes abdominaux au cours de leur évolution.

Comme on l'a dit très justement : « L'enfant, au repos, ne reprend jamais l'attitude qu'il avait dans le sein maternel ; elle lui serait pénible..... tandis que l'attitude des animaux n'a rien de forcé ; elle est si naturelle qu'ils y reviendront plus tard, volontairement ou instinctivement après la naissance » ce qui a permis à Le Dantec (*Transformisme et Chirurgie, in Biologica*, 15 mars 1912) d'écrire avec esprit : « Envions les jeunes cobayes, les jeunes chiens, qui sont à leur aise dans le ventre de leur mère, mais, hélas ! plaignons les pauvres enfants..... Pauvre enfant de l'espèce la plus intelligente du monde ! Parce qu'il doit être héréditairement pourvu d'un vaste cerveau, il faut qu'il subisse dans l'utérus maternel un supplice comparable à celui du cardinal de la Balue !... »

« ... Et la conséquence de tout cela est que le pauvre fœtus humain, avec sa grosse tête, son grand bassin et ses longs fémurs, souffre le martyre avant la naissance. »

Le rein mobile résulte donc d'une con-

Fig. 3. — Aspect d'un bassin de femme.

trainte extérieure, dans le sein maternel, elle-même légitimée par la position bizarre de cet embryon qui, par suite du développement exagéré de son cerveau a dû accommoder tout le reste de son organisme aux dimensions, somme toute, exiguës du globe utérin (fréquence obstétricale des O I G P).

Le rein, en particulier, par suite de sa situation au point où la courbure du dos est le plus exagéré représente bien un des organes qui doivent le plus peiner de cette contrainte et si on observe quelquefois des récidives après une pexie, cela tient plus à une mauvaise conformation de la fosse lombaire de Corbon insuffisamment excavée (1) ou mieux à une non-adaptation primitive du rein, somme toute à une disposition congénitale acquise qu'à une défectuosité du procédé de fixation, capsulaire ou transrénal, quel qu'il soit.

Nous savons, d'ailleurs, que le rein mobile est souvent héréditaire et familial, ce qui est un nouveau cas d'hérédité de caractère acquis par la contrainte, et par conséquent un nouveau fait pour servir à l'histoire du lamarckisme.

II. — Explication anthropogénique du côté. (Fig. 2.)

Il est incontestable que le côté droit reste privilégié dans la fréquence du déplacement et il est non moins incontestable que c'est le *foie fœtal* qui en est cause d'abord par suite de son volume qui chez l'embryon est très exagéré et aussi par suite de la pression que lui oblige d'exercer la position recroquevillée in utéro.

Si donc, pour la luxation congénitale de la hanche « l'augmentation volumétrique du cerveau, serait pour Le Damany, cause de tout le mal », pour la luxation du rein, dirons-nous, c'est l'augmentation de volume fœtale du foie qui doit être incriminée, mais ce foie ne déterminerait peut-être pas la mobilité anormale sans les deux autres causes anthropogéniques que nous étudions ici. Il faut le mariage des trois pour créer le phénomène et obliger le rein droit à se développer normalement toujours plus bas que le rein gauche, de deux centimètres environ, ce qui semble tout à fait anormal pour des organes pairs, tous les autres de l'organisme se faisant remarquer par une apparente symétrie, tout au moins.

III. — Explication anthropogénique du sexe. (Fig. 3 et 4.)

Mais, en réalité la position recroquevillée et l'augmentation de volume du foie ne pourraient peut-être à elles seules suffire à expliquer toute la mobilité ; tout

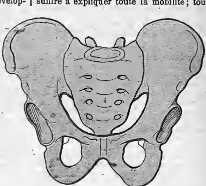


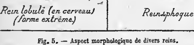
Fig. 4. — Aspect d'un bassin d'homme.

au moins expliqueraient-elle une certaine compression du rein dans un espace trop

(1) Le Damany, dans un ouvrage récent (chez Alcan, 1912), a repris pour la luxation congénitale de la hanche la théorie anthropogénique du rein mobile que nous avons donnée il y a trois ans, affection qui a aussi pour cause une mauvaise orientation réciproque des surfaces coaptées. « Le fœtus est victime de l'état d'accroissement de son cerveau pour l'adaptation de ses membres en meilleure position possible, et par conséquent c'est à cause de cette exagération de volume du cerveau qu'est due la luxation congénitale de la hanche ; le fœtus, mal placé dans l'utérus maternel se luxe le fémur dès la naissance, dès qu'on le met en position droite, horizontale ». Et comme ajoute très judicieusement Le Dantec : « L'homme n'est pas homme depuis assez longtemps ; son crâne, son fémur et son bassin lui créent encore des tortures intra-utérines. »

étroit où il aurait toutes les chances de s'atrophier (1), mais on ne s'expliquerait pas la fuite du rein.

C'est là où intervient un troisième facteur, résultant du développement différent du bassin dans l'un et l'autre sexe. L'ouverture supérieure du bassin est en effet évasée chez la femme (pour permettre plus tard la gestation) et rétrécie chez l'homme.



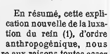


Fig. 5. — Aspect morphologique de divers reins.

C'est si l'on veut un cylindre chez l'un et un entonnoir chez l'autre, dispositions assez constantes et fixes pour créer un caractère anthropogénique du plus haut intérêt dans la détermination facile des sexes des squelettes de la préhistoire.

C'est donc grâce à cette pente naturelle que le rein droit trouve chez la femme une disposition admirable lui permettant de glisser, sans trop se laisser déformer par le foie et de s'adapter tant bien que mal à la position anormale qu'une contrainte extérieure l'oblige à prendre.

D'ailleurs, c'est par les mêmes explications d'ordre anthropogénique que peuvent s'expliquer les ragades et incisures profondes qu'on observe parfois sur des reins mobiles congénitaux à fonctionnement déficient et rappelant tout à fait l'aspect de reins animaux (phoque) (Fig. 5).

***

En résumé, cette explication nouvelle de la luxation du rein (1), d'ordre anthropogénique, nous semble supérieure aux raisons toutes assez puériles qui ont été données jusqu'ici, car elle rend compte et explique à la fois les trois phénomènes étroitement unis de la fréquence, du côté et du sexe.

(1) Il serait intéressant de rechercher à ce sujet la fréquence relative du rein atrophié congénital à droite chez l'homme et chez la femme.

(1) Nous ne nous occupons pas bien entendu du rein mobile acquis ou traumatique, mais uniquement du rein mobile congénital.

Les petits signes de l'Artério-Sclérose

LEUR SIGNIFICATION
TRAITEMENT QUE NÉCESSITE LEUR APPARITION

Par M. le Docteur DURBEC
Ancien Médecin en chef de l'Hôpital de Tamatave

Huchard a rangé dans l'ordre suivant les facteurs divers qui, pour lui, provoqueraient l'artério-sclérose. En première ligne : la goutte, le rhumatisme, la syphilis : puis le régime alimentaire défectueux, l'abus du tabac, les maladies infectieuses, le diabète, l'alcoolisme, les conséquences de la malaria, la ménopause. Les causes nerveuses et morales viendraient clore une liste déjà trop longue et pourtant incomplète encore, car on peut y ajouter le surmenage physique et intellectuel.

Ce n'est pas nous qui tenterons de discuter ici l'ordre des préséances indiquées par l'éminent clinicien : nous ne retiendrons pour l'instant que la multiplicité des causes envisagées comme pouvant déterminer entre la trentième et la soixantième année, le durcissement des petites artères et leurs conséquences directes pour le fonctionnement des organes atteints de sclérose et pour la santé générale.

A quoi bon discuter sur la plus ou moins grande exactitude des préséances établies par Huchard ? Quelle pourrait être l'utilité de cette discussion au point de vue pratique ? Un lien n'existe-t-il pas entre toutes ces maladies, toutes ces fautes contre l'hygiène ? Le seul fait à retenir pour l'instant est celui-ci : Non, l'artério-sclérose n'est pas toujours comme on l'a dit et cru longtemps, une maladie de la vieillesse. Et, si l'athérome, qui n'est en somme que la lésion de l'artério-sclérose des grosses et moyennes artères atteintes sans doute dans leurs *vasa vasorum*, se montre dans un âge avancé le plus souvent, l'affection artério-scléreuse (l'artérite des petites artères amenant la prolifération des cellules de leur endartère et dont en même temps la substance fibrillaire intermédiaire s'épaissit au point d'en obstruer le calibre) est une maladie qui sévit dès l'âge adulte, sinon dès l'adolescence, parce qu'elle n'est autre chose que le résultat d'une intoxication lente de l'organisme par des produits éminemment toxiques.

Ceux-ci sont venus au passage léser l'endothélium des petites artères et frapper ainsi de sclérose, soit par propagation, soit par ischémie des territoires envahis, le parenchyme lui-même des organes auxquels ces artères apportaient la vie. Or, chacun sait qu'une telle intoxication, quelle qu'en soit la cause, peut se montrer, pour ainsi dire, à tout âge. Chez les sujets encore jeunes (on l'aurait observée avant la 15e année), une maladie infectieuse aiguë ou chronique : gastro-entérite des nourrissons, rougeole, scarlatine, coqueluche, diphtérie surtout, fièvre typhoïde, furonculose, abcès des téguments, otite catarrhale moyenne, appendicite à répétition, peut déterminer et provoquer plus tard l'apparition de l'artério-sclérose. On peut même affirmer que pour que la maladie fasse partie du complexus anatomo-pathologique de la vieillesse, il faut, et il est presque indispensable, qu'elle ait fait des débuts durant l'adolescence ou la maturité, attendu que ce n'est qu'à ces âges qu'elle se manifesterait avec des symptômes bien nets et parfaitement caractérisés. Ce qui importe, avant tout, pour le clinicien, ce n'est donc pas de savoir que l'artério-sclérose pourra être provoquée par tel ou tel genre d'intoxication, poison chimique chez l'un, microbien chez l'autre, vice d'alimentation chez un troisième, à moins que ce soit par le surmenage qui, en entravant la désassimilation, aura accumulé les déchets dans l'organisme, ou pour toute autre cause encore. Non, mieux vaut reconnaître le plus tôt possible les symptômes prémonitoires d'une semblable intoxication, quelle qu'en soit l'origine. Car bien posséder ces symptômes, instruire de leur présence les indifférents et les ignorants, ce sera leur apprendre que le moment est venu pour eux de prendre des précautions, en vue d'éviter des accidents autrement graves, précurseurs d'une sénilité anticipée et par conséquent d'une mort précoce.

Tous les médecins qui n'ont jamais perdu de vue les petits signes de la maladie de Bright, tels que les a décrits Dieulafoy, ne peuvent manquer d'être frappés de leur similitude avec les premiers signes de l'artério-sclérose. Qu'il s'agisse, en effet, soit d'une simple altération d'humeurs par l'apport de toxines, résultat d'infections microbiennes consécutives à l'accumulation des molécules, résidus de débris alimentaires mal élaborés, mal digérés ; soit d'emblée d'une imperméabilisation commençante du rein succédant à la goutte, au rhumatisme, à l'intoxication alcoolique ou autre, il en résulte toujours un état identique. Celui-ci doit forcément se traduire, chez les malades, par un ensemble de phénomènes semblables, réclamant un ensemble de précautions de même nature.

Passons donc en revue les petits signes de l'artério-sclérose. En tête, la dyspepsie, indice trop souvent d'erreurs de régime et entraînant un surmenage des cellules, sans lésions irrémédiables toutefois, simple conséquence d'une nutrition déjà ralentie (Josué). Après la dyspepsie, la fatigue à propos de rien et à propos de tout, allant parfois jusqu'à la douleur, s'accompagnant de céphalalgie et qu'un simple exercice au grand air, une simple marche suffisent à provoquer. Même remarque pour la fatigue intellectuelle. Le moindre effort de la pensée, le moindre travail la feront apparaître, laissant après elle le sujet en proie à la lassitude, au découragement. Grand fumeur et aussi peut-être, amateur de bon vin, de liqueurs fortes, le futur artério-scléreux n'a plus que du dégoût pour le tabac et l'alcool. En revanche, il aura toujours froid aux pieds et aux mains, éprouvera la sensation du doigt mort, des fourmillements, des douleurs vagues. On observera encore chez lui un changement d'humeur et de caractère, un manque d'entrain et d'aptitude au travail, tandis que son sommeil cessera d'être réparateur. Troublé par des rêvasseries, des cauchemars, il laissera au réveil le malade plus fatigué qu'il l'était la veille, en se mettant au lit. Il faut encore signaler les vertiges, la dyspnée toxi-alimentaire, qui se montrera, elle aussi,

à l'occasion du moindre effort ; des épistaxis, matin et soir, qui feront songer à l'hypertension artérielle ; des œdèmes inopinés, subits, que seule peut occasionner une imperméabilisation des reins, en train de se constituer. Lorsqu'on observe, chez l'adulte, une association de plusieurs de ces signes, dont aucune affection localisée ne pourra déterminer plus sûrement la signification, le praticien avisé songera de suite à un début *possible* et souvent *probable* d'artério-sclérose ; de celle dont un régime et une hygiène convenables peuvent avoir raison.

En pareil cas, le régime végétarien peut avoir certains avantages ; aussi ses adeptes l'ont-ils présenté comme une panacée. Mais, parce qu'ils ne seront plus empoisonnés par l'acide urique, par les toxines des fermentations carnées, par l'hyperacidité, s'ensuit-il que tous les sujets, que guette l'artério-sclérose, vont se trouver désormais à l'abri de ses coups? Par la seule adoption d'un régime riche en légumes? Gubler lui-même n'a-t-il pas accusé ces derniers d'être un facteur étiologique important dans les dégénérescences crétacées des artères? Et Raymond n'a-t-il pas fait observer qu'on rencontrait l'artério-sclérose chez des sujets qui ne consommaient guère et en grande quantité que des herbages pour leur nourriture? Les trappistes, par exemple. D'autres enfin, n'ont-ils pas signalé l'existence de la maladie chez les herbivores, alors que les carnivores en étaient bien plus rarement atteints?

Comment donc, si les végétaux sont coupables de déterminer l'artério-sclérose, pouvoir en conseiller l'emploi exclusif ou peu s'en faut, à ceux qui sont déjà plus que simplement menacés de sclérose artérielle?

Sans vouloir déconseiller complètement, loin de là, l'alimentation végétarienne, dont la prédominance sur tout autre genre d'alimentation doit être le *cachet*, nous semble-t-il de l'alimentation rationnelle de l'homme arrivé à un certain âge, il est bien permis de chercher autre chose.

Il faut vraisemblablement une médication autrement active et énergique, non seulement pour s'opposer à l'accumulation des déchets présents dans le tube digestif, mais encore pour assainir l'organisme, en empêchant la production de ces déchets ; pour prévenir les putréfactions intestinales et la formation continuelle de toxines dans toute l'étendue de l'intestin ; pour rendre enfin à la flore de cette partie du tube digestif sa composition normale. Car, parvenir à ce résultat après ce qui a été dit plus haut, c'est faire disparaître les petits signes de l'artério-sclérose, en détruisant « dans l'œuf » les causes capables de provoquer l'apparition de la maladie, l'intoxication lente et continue de l'organisme...

Comment y arriver? S'adresser aux antiseptiques? Qui n'a souvenance des résultats lamentables qu'ils ont donnés entre les mains de Bouchard, alors qu'incapables d'arrêter la vie des microbes ils ne respectaient nullement l'intégrité de la paroi intestinale? Les purgatifs? Sans doute, ils ont du bon, mais sans voir toujours dans la purgation « un danger social », avouons qu'elle est loin d'avoir donné tout ce qu'on semblait en attendre. Les purgatifs entraînent un certain nombre de microbes, de poisons intestinaux. Admettons même qu'un léger dérangement spontané, ou provoqué par les purgatifs chez les vieillards, soit une cause de longévité, par suite de l'élimination des « mauvaises humeurs », comme beaucoup en semblent convaincus. Mais la purgation n'empêche pas les putréfactions et les accumulations microbiennes de se produire ; l'ennemi, momentanément chassé de la place, a tôt fait d'y reconstituer, à nouveau, ses bataillons, plus denses, plus compacts que jamais! Cherchons donc ailleurs encore.

Il y a longtemps que la thérapeutique avait recours, dans les affections intestinales, à l'acide lactique, lorsque M. Metchnikoff eut l'idée de faire absorber non plus cet acide, mais son ferment générateur, de telle sorte qu'avec une très faible dose de ferment, il obtenait, dans l'intestin, une production considérable de cet acide. Ainsi, se réduisait la flore intestinale des individus soumis à un tel régime, au point que celle-ci ne comprenait plus guère autre chose que du ferment lactique. Or, chacun le sait, celui-ci ne produit pas de toxines, tout en ne supprimant pas *en masse* les bacilles de l'intestin, parmi lesquels il s'en trouve de non dangereux et même d'utiles.

Personne n'ignore maintenant que, pour obtenir pratiquement ce résultat, le distingué savant de l'Institut Pasteur préconise l'ingestion de lait caillé avec le ferment bulgare. Mais une telle alimentation, qui doit être longtemps continuée, peut-elle se substituer à l'alimentation ordinaire? On la conseille, mais elle n'est pas facilement acceptée. Aussi, la difficulté se trouve aujourd'hui heureusement tournée par l'adoption de la Sinubérase.

La Sinubérase réunit des ferments lactiques en symbiose, bulgare, bifidus et paralactique dont les actions se complètent et se surajoutent. Ils sont obtenus avec le plus grand soin, par une sélection minutieuse, leur activité étant certainement éprouvée et leur culture s'opère par repiquages successifs, ce qui leur donne toute l'acidité possible et désirable.

Donc, le futur candidat à l'artério-sclérose, dès la constatation des petits signes, sans grande perturbation à son régime lacto-végétarien (sans prohibition absolue d'aliments carnés), sera soumis à l'emploi de la Sinubérase, à la dose de 4 comprimés par jour. Il fera également usage à ses repas de desserts ou d'entremets sucrés, pour aider encore au développement des bacilles lactiques. La Sinubérase, que tous les praticiens connaissent et apprécient comme elle le mérite, voit l'action de ses ferments lactiques encore accrue par l'adjonction du principe actif de la levure de bière. Ce dernier est bien supérieur à la levure fraîche, parfois contaminée, qui se conserve mal, produit des aigreurs et ne jouit pas d'une activité constante. On trouve encore dans la composition de la Sinubérase comme autres principes actifs, ceux des touraillons d'orge, aux puissants et remarquables effets microbicides si bien établis dans l'entérite, le choléra, la dysenterie, etc.

Par l'association de semblables composants, la Sinubérase va donc permettre au praticien de réaliser sûrement, sans danger, sans dégoût et sans accoutumance possible, la cure si justement préconisée par M. Metchnikoff, celle tout indiquée, lorsque les petits signes constatés de l'artério-sclérose annoncent une intoxication débutante, dont il est important de détruire en hâte la source intestinale, si l'on veut sauver du naufrage l'organisme entier.

LA PLUS VIEILLE ALLEMANDE

La plus vieille femme de l'empire d'Allemagne est celle d'un ouvrier. Elle vient d'atteindre sa cent-dix-huitième année et se nomme Hedwige Stawna. D'après les actes authentiques, elle est née en 1794 dans le village de Dozuwno, arrondissement de Meseritz, en Posnanie. Elle est la plus ancienne personne de la province et sans doute aussi de toute l'Allemagne. Jusqu'en ces derniers temps, où elle a été atteinte d'une attaque, la bonne vieille vaquait elle-même aux soins de son ménage.

La Superstition sur les trônes

Par le Docteur CABANÈS (1)

On a pu dire, non sans vérité, que jamais les hommes ne furent plus superstitieux, que lorsqu'ils ont cessé d'être religieux. Combien se targuent d'être des esprit forts, libérés de la servitude des croyances, et que, néanmoins, un présage, un pressentiment épouvantent jusqu'à l'angoisse ; combien n'entreprennent allègrement leur besogne, que s'ils ont sous les yeux, ou à proximité de la main, le fétiche consacré par leur caprice ou par leur habitude! Les fétiches, objets grossiers chez les sauvages, qui en font leurs divinités, affectent chez les civilisés des formes plus raffinées ou plus fantaisistes ; mais l'idée que les uns comme les autres y attachent est sensiblement pareille.

Ce sont là reliquats de superstitions ancestrales, et il faudrait remonter haut dans l'histoire, pour en retrouver les premiers vestiges.

A Rome, elles avaient libre cours et nous ne vous apprendrons pas que les Romains avaient la préoccupation, qui allait jusqu'à l'obsession, de bien veiller à ne pas chausser le pied gauche avant le droit, afin de se soustraire aux pires calamités.

Vous connaissez l'anecdote. Un jour, Auguste ayant, par mégarde, commencé par le pied gauche, le pied sinistre (*sinister*), et ayant eu l'imprudence de confier l'événement à son entourage, les prétoriens lui firent entendre que c'était de funeste augure et qu'ils se révolteraient, s'il ne s'empressait de céder à leurs exigences. Pour conjurer un tel malheur, Auguste accorda tout ce qu'on lui demanda.

Le biographe de SCAURUS, dont le palais de Pompéi regorgeait de richesses, ne manque pas de faire remarquer que si les dieux ont prodigué à celui qui habite cette somptueuse demeure une fortune immense, ils lui ont refusé le premier des biens de l'homme : une âme forte et un esprit éclairé.

Approchez, dit-il, et voyez : le clou arraché d'un sépulcre et planté sur le linteau de la porte principale, afin d'éloigner de cette habitation les visions et les frayeurs nocturnes ; voyez ces formules magiques, tracées en caractères rouges sur les murs, pour préserver cet édifice des incendies : toutes ces superstitions populaires annoncent que Scaurus n'est distingué du vulgaire que par sa seule opulence, et qu'il n'a ni une véritable connaissance de la nature des choses, ni une juste idée de la puissance et de la bonté des immortels (2).

Le plus célèbre des Athéniens, celui qui mérita de donner son nom au siècle le plus brillant de la Grèce, dut obéir, malgré lui, aux préjugés de son temps. PÉRICLÈS se mourait de la peste ; ayant épuisé les remèdes des médecins, il consentit à suspendre à son cou des sachets magiques. Un philosophe étant venu s'informer de son état, PÉRICLÈS lui montre l'amulette qu'il porte au col : « Mon ami, lui dit-il, je suis bien mal, puisqu'on n'a plus recours qu'à ces sottises-là! »

Le plus sage des Grecs s'astreignait, lui aussi, aux pratiques dont notre scepticisme raille la frivolité : dans les entreprises dont le dénouement paraissait incertain, SOCRATE engageait ceux qui prenaient ses avis à consulter les oracles ; lui-même, au dire de Xénophone, faisait « ce qu'on voit faire à tous ceux qui croient à la divination ».

Si les philosophes n'ont pas été exempts de ces faiblesses, nul ne sera surpris que les conquérants et les rois y aient été pareillement asservis.

***

N'est-ce pas Plutarque qui raconte qu'ALEXANDRE devint très superstitieux, sur la fin de sa vie? Il avait l'esprit si troublé, que les faits les plus indifférents en soi, pour peu qu'ils lui parussent singuliers ou inattendus, il les regardait comme les signes précurseurs de quelque catastrophe.

Son palais était rempli de gens qui faisaient des sacrifices, des expiations ou des prophéties. Il n'entreprenait rien sans consulter les aruspices.

(1) Article inédit, reproduction interdite.
(2) *Le Palais de Scaurus*, par F. Mazois, 44-7.

Une bataille de corbeaux, dans les airs, le retint longtemps aux portes de Babylone, sans qu'il osât prendre sur son courage d'entrer dans cette cité : il se contenta de camper dans le voisinage, en attendant de plus favorables présages.

On ne saurait accuser Jules César de petitesse d'esprit ni de manque de bravoure, ce qui ne l'empêchait point de partager les superstitions de tous les Romains de son temps. Un de ses historiens rapporte que le vainqueur des Gaulois, ayant une fois eu son char renversé, n'y monta plus jamais, sans réciter trois fois des paroles cabalistiques, qui avaient le don de prévenir cette sorte d'accident.

Nous citons tout à l'heure une des superstitions d'Auguste : ce ne fut pas la seule dont il fut affligé. Tombait-il de la rosée, lorsqu'il partait pour un long voyage, de terre ou de mer, c'était signe de bonheur et d'un retour prompt et heureux.

Tels phénomènes, en apparence insignifiants, ne laissaient pas de le frapper : dans l'île de Caprée, il crut remarquer que les branches d'un vieux chêne, desséchées et courbées vers la terre, s'étaient relevées à son arrivée, il en éprouva tant de joie, qu'il demanda aux Napolitains de lui céder l'île de Caprée, en échange de celle d'Enarée.

Il y avait des jours où Auguste se serait gardé de se mettre en route: ainsi, ne partait-il jamais au lendemain d'un jour de foire ; et il ne commençait jamais une affaire sérieuse le jour des Nones, « afin d'éviter la malignité des présages attachés à certains noms», comme il le déclarait à Tibère.

Soit qu'il fut convaincu de la sagesse de cette leçon, soit que lui-même partageât les terreurs et les appréhensions d'Auguste, Tibère, à l'exemple de celui qui avait, avant lui, occupé le trône, craignait beaucoup le tonnerre : dans les temps d'orage, il ne manquait pas de ceindre sa tête d'une couronne de laurier, qui passait pour préserver de la foudre (1).

L'habitude qu'avait Néron, de porter sur sa poitrine une feuille de plomb, quand il était couché, venait de ce qu'on lui avait persuadé qu'il n'était procédé plus efficace pour conserver la voix : car il avait la prétention d'être un excellent chanteur. Son maître de chant devait se tenir constamment à ses côtés, pour l'avertir d'épargner ses poumons et de mettre un linge devant sa bouche. Il prenait, dans le même but, des lavements et des vomitifs et s'abstenait soigneusement de mets et de boissons susceptibles d'abîmer ses cordes vocales.

Flattant les manies superstitieuses de son temps, Trajan s'en fut consulter l'oracle d'Héliopolis, sur l'issue de la guerre qu'il entreprenait (2).

Il soumit d'abord la science du dieu à une épreuve peu respectueuse : les prêtres lui avaient dit d'écrire sa demande sur un billet, qu'il remettrait cacheté, et lui avaient promis une réponse dans la même forme. Trajan remit un billet blanc ; mais, en ouvrant celui qui lui était rendu, il ne trouva qu'une feuille blanche. Il en conçut une haute opinion de la divinité, qui répondait avec tant d'esprit, et il se résolut à l'interroger de bonne foi.

Le dieu, touché de cette marque de confiance, fit une réponse plus positive que la première, mais qui n'était pas dépourvue d'ambiguité : il ordonna de couper en morceaux le cep de vigne d'un centurion, déposé parmi les offrandes, et de remettre à Trajan ces éclats de bois, rassemblés dans un *sudarium*.

Cette réponse allégorique ne pouvait manquer de justifier l'événement, quel qu'il fût.

En effet, explique Fontenelle, « que Trajan retournât à Rome victorieux mais blessé, ou ayant perdu une partie de ses soldats ; qu'il fût vaincu et que son armée fût mise en fuite ; qu'il y arrivât seulement quelque division ; qu'il en arrivât dans celle des Partes ; qu'il en arrivât même dans Rome en l'absence de l'empereur ; que les Parthes fussent absolument défaits, qu'ils ne fussent défaits qu'en partie ; qu'ils fûssent abandonnés de quelques-uns de leurs alliés, la vigne rompue convenait merveilleusement à tous ces cas différents. Il y eut eu bien du malheur, s'il n'en fût arrivé aucun et... les os de l'empereur rapportés à Rome, — sur quoi l'on fit tomber l'explication de l'oracle, — étaient la seule chose à quoi l'oracle n'avait point pensé (1) ! »

***

Les caprices du sort amènent de temps à autre des rapprochements fortuits, qui ne pouvaient manquer de produire leur effet sur des natures un peu frustes.

Clovis envoyait quelqu'un observer ce qui se chanterait dans l'église Saint-Martin, de Tours, en y entrant, lorsqu'il voulait régler quelque grande entreprise.

Mérovée, qui donna son nom aux rois de la première race, passait trois jours et trois nuits dans le jeûne, les veilles et les prières, au tombeau de l'apôtre des Gaules ; puis il ouvrait, les yeux fermés, le *Livre des Rois*, pour savoir si la mort de son père était proche, et s'il régnerait après lui.

Grégoire de Tours conte, de son côté que Chramne, s'étant révolté contre son père Clotaire, voulut consulter les *Saints*, dans la cathédrale de Dijon. Trois fois interrogés, les livres sacrés montrèrent des passages menaçants, qui furent considérés comme de fâcheux avertissements, dont la mort tragique de Chramne vérifia la réalité.

L'auteur de l'histoire des *Amours de Henri IV* avait appris, d'un gentilhomme qui accompagnait le roi dans ses chasses, que jamais on ne lançait un cerf, qu'il n'ôtât son chapeau et ne fit le signe de la croix avant de piquer son cheval et de suivre l'animal. Était-ce un usage qui avait cours en son pays, ou le Béarnais y attachait-il quelque idée superstitieuse ? En tout cas, le fait est signalé par un historiographe du Vert-Galant (2), sans autre commentaire.

Par contre, Henri IV, comme Louis XIII, avait une prédilection marquée pour le vendredi et le 13 : ce chiffre n'était pas, d'ailleurs, sous nos premiers rois, tenu pour néfaste ; car, lors du mariage de Clovis, on offrit à son épouse Clotilde, un don de treize deniers comme souhait de bonheur (3).

Le fatalisme est une doctrine commode, qui dispense de tout effort, affranchit de toute responsabilité. Mais si les arrêts du destin sont fixés d'avance, pourquoi chercher à les connaître et à en déranger le cours ?

Il est vrai qu'ils ne sont pas toujours explicites et que l'interprétation en est parfois malaisée.

Anne d'Autriche, voyant tomber un des mulets qui portaient sa litière, s'empressa d'envoyer demander à un Italien qui se mêlait de faire des horoscopes, de lui indiquer ce que signifiait la chûte de son mulet (4). La réponse du nécroman ne nous est pas connue, mais nous ne doutons pas qu'il dut se tirer avec adresse de la situation.

Avide de pénétrer les arcanes de l'au-delà, désireux de percer le mystère de l'inconnaissable, le duc d'Orléans, connu dans l'histoire sous le nom de Régent, voulut s'adonner à des pratiques renouvelées d'une époque d'ignorance et de superstition : les grimoires de magie le passionnaient, et, s'il faisait profession de ne pas croire à Dieu, il ne niait pas du moins l'existence du diable.

Il passait des nuits entières, dans les carrières de Vanves et de Vaugirard, à faire des évocations (5).

Il voulut aussi connaître l'avenir et se fit montrer, à ce dessein, dans un verre d'eau ou sur la muraille, des événements qui devaient se produire plus tard (6).

La duchesse de Bourbon, arrière-petite-fille du Régent, avait confié à la baronne d'Oberkirch (1), qu'on avait découvert, dans une cachette pratiquée dans un mur du Palais-Royal, des instruments inconnus, des livres de conjuration, des squelettes d'animaux, des têtes de mort, des formules écrites de la main du Régent, tout un appareil, en un mot, d'opérations de sorcellerie !

En étudiant à une autre place la psychologie de Louis XV, nous avons noté, comme trait de caractère, un singulier mélange, chez ce monarque nécrophile, de pratiques de dévotion et de superstitions ; nous n'y reviendrons pas. Nous renverrons, de même, pour Catherine de Médicis, à un travail antérieur.

Une autre reine, dont la destinée fut tragique, fixera plus longtemps notre attention. La femme de chambre de Marie-Antoinette nous a révélé une circonstance de la vie de l'infortunée souveraine, qui est à recueillir.

Vivant dans des alarmes perpétuelles, la Reine se couchait très tard, et elle en était venue à ne presque plus goûter de repos.

Vers la fin de mai, conte Madame Campan, un soir qu'elle était assise au milieu de la chambre, elle racontait plusieurs choses remarquables, qui avaient eu lieu pendant le cours de la journée.

Quatre bougies étaient placées sur sa toilette : la première s'éteignit d'elle-même ; je la rallumai bientôt ; la seconde, puis la troisième s'éteignirent aussitôt ; alors la Reine, me serrant la main, avec un mouvement d'effroi, me dit : « Le malheur peut rendre superstitieux ; si cette quatrième bougie s'éteint comme les autres, rien ne pourra m'empêcher de regarder cela comme un sinistre présage. » La quatrième bougie s'éteignit.

On fit observer à la Reine que les quatre bougies avaient été probablement coulées dans le même moule, et qu'un défaut de la mèche s'était naturellement trouvé au même endroit, puisque les bougies s'étaient éteintes dans l'ordre où on les avait allumées.....

Mais la reine ne voulut rien entendre et rien ne put la distraire de ses sombres pressentiments.

Hasard ou coïncidence, peu de jours après, le premier fils de Marie-Antoinette et de Louis XVI succombait à Meudon, à une affection dont la nature spéciale permettait de pronostiquer un dénouement prochain.

Comme tous les Habsbourg et les membres de la famille de Prusse, Marie-Antoinette avait de la propension au merveilleux ; elle croyait, notamment, à l'apparition de la fameuse *Dame Blanche*, toutes les fois qu'un malheur est imminent (2).

Louis XVI lui-même, sans doute sous l'influence de la reine, partageait la même croyance.

La veille de sa condamnation, relate Malesherbes, le roi m'avait demandé si j'avais rencontré, dans les environs du Temple, la *femme blanche*. — « Non, Sire, lui répondis-je. — Eh quoi ! répliqua-t-il en souriant, vous ne savez donc pas que, suivant le préjugé populaire, lorsqu'un prince de ma maison va mourir, une femme vêtue de blanc erre autour du palais ? (3) »

On a naguère rapporté un propos de l'impératrice Élisabeth, d'Autriche, qui semblerait donner raison à la légende.

J'ai beaucoup aimé l'Irlande, disait-elle un jour à une confidente, tant même que je suis devenue presque une Irlandaise, comme croyances ; or, les Irlandais ont une fée qui, lorsqu'ils vont mourir, vient les prévenir : c'est la *banshee* (4). Eh bien ! ajouta-t-elle, devenue tout à coup plus grave, cette nuit, la banshee m'est apparue !

Treize jours après exactement, l'infortunée souveraine tombait à Genève, sous le poignard d'un assassin (5).

L'empereur d'Allemagne, Guillaume II, n'appréhende pas moins la terrible apparition de la dame Blanche, annonciatrice de trépas dans la maison princière à laquelle il appartient.

Superstition qui n'est pas sans analogie avec la précédente : les Anglais assurent qu'on voit errer le spectre de Marie Stuart, sur une des terrasses de Windsor-Castel, quand va mourir

(1) L'aigle, le veau marin, le laurier (a) et la vigne blanche (b) étaient regardés comme les préservatifs les plus puissants contre la foudre. Jupiter choisit le premier, Auguste le second (c), et Tibère ne manquait jamais de se couronner de lauriers quand grondait le tonnerre (d). Un commentateur de Suétone a cru devoir réfuter avec gravité les vertus attachées à la couronne de Tibère, en s'appuyant sur ce que, peu d'années auparavant, un laurier avait été frappé par la foudre dans Rome (e).

a) *Aquila, vitulus marinus et laurus fulmine non feriuntur.* (Plin. *Nat. Hist.*, t. II, c. 55).

b) Columelle, lib. X.

c) Suetonius, *Vit. Aug.*, XC.

d) Id., *Vit. Tib.*, LXIX.

e) Note 2, p. 409, col., Lugd. Batav., 1667.

2) *Essai sur le règne de Trajan*, par C. de la Berge.

(1) *De Oraculis*, édition de 1700, 1703.

(2) *Henri IV*, par B. de Lacombe, 168.

(3) *Histoire des croyances*, par F. Nicolay, I, 244.

(4) *La noblesse française sous Richelieu*, par le vicomte d'Avenel, 88-9.

(5) St Simon, *Mémoires*, V, 209 ; XII, 113.

(6) Id., V, 209-12.

(1) Id., II, 65.

(2) *La Dame blanche* se montra, en 1806, au prince Louis de Prusse, qui devait être tué, le lendemain, au combat de Saafeld ; le fait a été affirmé par l'aide de camp du prince ; elle aurait également apparu quelques jours avant la mort de l'empereur Frédéric, père de Guillaume II. La maison de Suède se vante également d'avoir sa *Dame blanche*, qui aurait annoncé, en mars 1871, la mort, survenue peu après, de la reine Louisa.

(3) *Dernières années du règne de Louis XVI*, par Hue, 438.

(4) Walter Scott, dans ses *Lettres sur la Démonologie*, a longuement parlé de la banshee ou fée domestique, qui a pour mission d'annoncer la mort prochaine d'un membre de la famille.

(5) *Echo du Merveilleux*, 15 déc. 1902, 479.

un des souverains de la Grande-Bretagne. Ils prétendent encore qu'il existe une corrélation mystérieuse entre la chûte d'un des menhirs de Stonehenge et la fin des rois du Royaume-Uni : une de ces pierres se détacha trois semaines avant la mort de S. M. VICTORIA et chacun fut persuadé que la Reine approchait du terme fatal : l'événement ne démentit pas cette crainte (1).

La reine Victoria trouvait profondément ridicule que l'impératrice Elisabeth se fît suivre, dans tous ses déplacements, d'un très beau portrait de la sainte, sa patronne ; mais elle avait, pour son compte, une manie pour le moins aussi singulière : la feue reine collectionnait les perruques ! Chaque fois qu'un nouveau spécimen venait enrichir son musée, il fallait qu'une prière fût dite : elle était convaincue que les perruques renfermaient dans leur intérieur les mauvaises pensées qui avaient germé dans le cerveau de leur possesseur et la prière avait pour but de chasser ce venin subtil.

La princesse de GALLES avait, elle aussi, sa superstition : son mari, alors qu'il n'était encore que duc d'York, trouva un jour la duchesse en larmes.

— Oh ! je suis bien malheureuse ! J'ai cassé une glace, et cela porte malheur.

Le prince de Galles portait toujours un morceau de verre dans le fond de son chapeau, mais n'était-ce pas par simple coquetterie ?

Le roi CARLOS, de Portugal, qui mourut si tragiquement, avait l'appréhension du vendredi. Il y a quelques années, étant en Angleterre, il dut prendre la parole, dans une réunion des plus « select ». Ce jour-là était précisément un vendredi. Le roi, visiblement ennuyé, monte sur l'estrade, et, à peine a-t-il ouvert la bouche et fait un geste de la main, qu'un des vases qui se trouvaient sur la table du conférencier, tombe et frappe à la tête un noble lord, placé au premier rang des auditeurs. Aussitôt le roi de s'excuser auprès du blessé, en lui disant : « Je me doutais qu'il arriverait un malheur, car c'est aujourd'hui vendredi ! »

Au banquet du couronnement d'EDOUARD VII, on avait beaucoup remarqué la nervosité de la reine ALEXANDRA ; on en eut bientôt l'explication. Sa Majesté était nerveuse, parce qu'elle portait la couronne royale qui, dans la chapelle ardente d'Osborne, avait été placée sur le cercueil de la reine Victoria. Elle n'avait consenti à la placer sur sa tête que sur les vives instances du roi et elle n'avait pu se défendre, durant toute la cérémonie, d'une crainte superstitieuse, qui s'était manifestée, malgré elle, aux yeux de son entourage.

***

Plus crédules, peut-être, que la plupart de leurs sujets ou parce qu'ils se savent exposés à plus de périls imprévus — « c'est le casuel du métier », disait le roi HUMBERT, — les princes ont presque tous un fétiche dont ils n'aiment point se séparer.

Peu de jours après la mort de VICTOR-EMMANUEL, son fils Humbert désira voir son frère consanguin, le comte MIRAFIORI, officier dans l'armée italienne. Celui-ci arriva, un peu inquiet, au Quirinal. Mais le roi s'empressa de le rassurer.

J'ai promis à mon père, lui dit-il, de vous continuer la pension de dix mille francs par mois qu'il vous faisait. J'espère pouvoir vous donner un jour le capital de cette rente. Maintenant, voici une boîte qui contient une paire de pistolets ayant appartenu au Roi : vous les garderez en souvenir de sa Majesté.... Enfin, je vous prie de remettre cet *ongle de doigt de pied*, entouré de diamants, à Madame votre mère : le roi l'a fait monter à son intention.

Un ongle entouré de diamants, quelle relique est-ce là, pensez-vous ? C'était un fétiche. Victor-Emmanuel laissait pousser toute l'année l'ongle d'un de ses orteils ; le 1er janvier, il coupait cet appendice, devenu long de plus d'un centimètre ; un orfèvre lui donnait le poli et le brillant de la pierre qu'on appelle *œil de chat*, et l'enchâssait dans une monture en or, rehaussée de diamants. Victor-Emmanuel offrait le bijou à celle qu'il honorait de son royal caprice : certaine comtesse en possédait quatorze, à elle seule ! Le quinzième, qu'avait remis Humbert à son frère morganatique, avait été coupé le 1er janvier 1878 ; l'orfèvre n'avait pas encore eu le temps de le monter, quand survint la mort de Victor-Emmanuel.

Ce fétiche était-il destiné à conjurer la mort subite ? C'est plus que probable. Quinze ans avant sa mort, une devineresse avait prédit au roi d'Italie qu'il mourrait *col scarpe* « avec ses souliers », c'est-à-dire tout habillé ; de fait, il rendit le dernier soupir dans son fauteuil, les chaussures aux pieds.

Le shah de Perse, MOZAFFER-EDDIN, se croyait protégé con re tout assassinat, par le port d'une ceinture, qui empruntait toute sa vertu à une superbe émeraude et surtout.... aux pelures d'oignon dont elle était garnie.

Le roi de Grèce, GEORGES Ier, fut, il y a quelque temps, l'objet d'une tentative de meurtre : la balle qu'on tira sur lui frappa sa voiture, s'y fixa et fut retrouvée plusieurs mois après. Le Roi, en souvenir de l'attentat, la fit monter en breloque, dans l'espoir que le destin ne le frapperait pas une deuxième fois, au moins de la même façon.

Une tradition qui a cours, dans la famille des Hohenzollern, veut que les souverains de cette dynastie soient à l'abri des balles de plomb ou d'acier ; seules, peuvent les atteindre, les balles d'or ou d'argent : or, la balle dont se servit NOBILING, quand il tenta d'assassiner Guillaume Ier, était en argent !

Le Kaiser actuel a, dit-on, une absolue confiance dans une bague (1), ornée d'une pierre noire, que se transmettent, de père en fils, les Hohenzollern.

Son grand-père en portait deux : l'une était son alliance ; l'autre, une modeste bague en cheveux. « Ces cheveux, disait un jour l'Empereur, alors nonagénaire, sont ceux de la reine Louise. Ils ont blanchi dans le malheur ; j'ai juré que la bague ne quitterait pas mon doigt, avant que j'aie vengé les larmes de ma mère. » Sur la fin de sa vie, Guillaume Ier dut faire retirer « l'anneau de la vengeance », qui glissait de ses doigts amaigris.

Une autre bague qui a son histoire, — une histoire étrange, — est celle que l'on peut voir, suspendue par une chaîne d'or, au cou de la Vierge d'Almudena, statue qui orne un des parcs les plus fréquentés de Madrid.

Cette bague, ornée d'une opale, — la pierre maléfique ! — avait été donnée, par la reine Isabelle, à son fils, la veille du jour où elle tomba du trône. ALPHONSE XII en fit cadeau à sa première épouse, la reine MERCÉDÈS, qui mourut un mois plus tard. Le roi donna alors la bague à sa sœur, Maria, qui, à son tour, succombait peu après. L'anneau étant revenu au souverain, celui-ci l'offrit à la grand'mère de sa femme, la reine CHRISTINE, qui décédait au bout de trois mois. La reine régente ne voulant pas risquer sa vie avec la bague fatale, la fit suspendre au cou de la Vierge.

***

Nombre de princes modernes portent des bracelets porte-bonheur. Avant d'être roi d'Angleterre, EDOUARD VII portait au poignet gauche un bracelet d'or, qui avait appartenu à l'infortuné Maximilien, du Mexique. Le roi HUMBERT ne craignait pas, lui aussi, de paraître en public, le poignet orné d'un magnifique bracelet en or massif ; le duc de SAXE-COBOURG portait également un bracelet et, en plus, une chaînette d'or autour du cou ; l'archiduc RODOLPHE d'Autriche et le duc d'ALBANY avaient un bijou semblable.

Il y aurait tout un travail à écrire sur la superstition chez les Bonaparte et leurs familles. Nous en avons déjà longuement parlé, dans un de nos ouvrages (2) ; nous allons ajouter quelques détails à nos informations premières.

On a, maintes fois, rappelé la prédiction qui avait été faite à JOSÉPHINE. Elle habitait alors la Martinique ; elle se promenait un jour sur les terres des Trois-Ilets, quand un groupe d'esclaves, entourant une femme âgée, attira son attention. Elle s'approcha : c'était une vieille négresse, qui disait aux jeunes filles de l'endroit la bonne aventure.

Apercevant Mlle de Tascher, la négresse se prend à la considérer attentivement ; puis, lui prenant la main et reportant les yeux de sa main sur le visage de sa belle maîtresse :

« Vous voyez donc sur ma figure quelque chose de bien extraordinaire ? — Certes oui, répondit la sorcière. — Est-ce du bonheur ou du malheur qui doit m'arriver ? — Des malheurs ? oh ! oui !... Du bonheur aussi. — Tout cela n'est pas très clair ; enfin, que lisez-vous pour moi dans l'avenir ? » Et comme Joséphine y mettait de l'insistance, son interlocutrice prononça : « Puisque vous le voulez, écoutez ! Vous vous marierez bientôt ; cette union ne sera pas heureuse ; vous deviendrez veuve et alors.... Vous serez reine de France ; vous aurez de belles années, mais vous périrez dans une émeute... Là-dessus, la négresse quitta brusquement le groupe qui l'entourait et écoutait avidement ses oracles, et se sauva de toute la lenteur de ses faibles jambes (1).

Joséphine ne fit que rire de la prédiction, dont la réalisation lui paraissait impossible ; mais elle en parlait souvent, et, malgré tout, en semblait préoccupée.

Le général LAMARQUE, qui avait connu Joséphine chez une Américaine avec qui elle avait été élevée, Mme de Hostein, et alors que la future épouse de Bonaparte n'était encore que la vicomtesse Alexandre de Beauharnais, rapporte (2) qu'il entendit, pour la première fois, le récit de la prédiction de la bohémienne Martiniquaise, de la bouche même de Joséphine, au cours d'un dîner auquel il assistait. Le général Santerre était au nombre des convives. « Robespierre, dit en terminant Joséphine, a bien failli faire manquer la prédiction ! » Sans le 9 thermidor, en effet, Joséphine avait de grandes chances de faire connaissance avec le couperet de Sanson.

Comme l'impératrice, l'Empereur croyait aux songes, aux prémonitions, aux présages de toute espèce. Et il n'était pas, cependant, le dernier à en montrer le ridicule. « Si les hommes ne vont plus à la messe, s'écriait-il devant un de ses familiers, savez-vous où ils iront ? Chez Cagliostro ou chez Mlle Lenormant. Franchement, la messe vaut mieux. » Ce qui ne l'empêchait pas de lire avec intérêt des notes qu'avait rédigées à son intention Mme de Genlis, sur le magnétisme, la sorcellerie et les sciences occultes (3).

Nous n'avons pas à rappeler comment mourut le duc de REICHSTADT (4). Coïncidence pour le moins étrange : le serviteur de la maison d'Autriche qui, en 1809, avait ouvert, en pleurant, les appartements de son maître à Napoléon victorieux, les referma, les larmes aux yeux, quand sortit du château de Schœnbrunn le cercueil qui renfermait les restes mortels du roi de Rome (5).

A l'exemple de sa mère Joséphine, la reine HORTENSE consultait les tireurs d'horoscopes et les devineresses qu'elle rencontrait sur sa route.

En 1834, se trouvant à Rome, elle alla voir une somnambule, à propos de son fils Louis, sur l'avenir duquel elle fondait les plus grandes espérances.

— « Ah ! une grande nation le prend pour chef, lui dit la pythonisse. — Pour empereur, n'est-ce pas ? s'écria la reine, haletante et transportée. — Pour empereur, jamais, répliqua sèchement la somnambule, dont, pour une fois, la clairvoyance était en défaut. Ceci se passait, il est vrai, peu de temps avant la tentative de Strasbourg, qui échoua piteusement, bien qu'Hortense eût passé au doigt de son fils l'anneau de mariage de Napoléon et Joséphine, en lui disant : « Si quelque danger te menace, tiens, voilà un talisman ; il te portera bonheur (6). »

(1) *Echo du Merveilleux*, 15 février 1901, 67.

(1) D'après la légende, un crapaud s'introduisit un jour dans la chambre de l'électeur Jean de Brandebourg, déposa une petite pierre sur le lit, puis disparut mystérieusement. Le petit caillou fut conservé dans les archives des Hohenzollern. Le père de Frédéric le Grand le fit monter en bague, et depuis, la bague fut toujours portée par le chef de la maison ; elle est considérée comme une amulette préservatrice, ce qui n'empêche pas Guillaume II, de porter toujours sur lui un revolver. (Cf. *Echo du Merveilleux*, 1er janvier 1903.)

(2) V. *le Cabinet secret de l'Histoire*, t. II (nouvelle édition).

(1) Cf. *L'Histoire de l'impératrice Joséphine*, par J. AUBENAS, t. I (Paris, 1858).

(2) *Souvenirs et Mémoires du général Lamarque*, t. I (1835), 404.

(3) Cf. *Lettres inédites de Madame de Genlis à Casimir Becker*, par H. LAPAUZE. Paris 1903.

(4) On en trouvera tous les détails, dans le t. II de nos *Légendes et Curiosités de l'Histoire*.

(5) *Figaro*, 21 juillet 1883 (article d'Auguste Vitu).

(6) *La Reine Hortense*, par Joseph TURQUAN, 398.

Quand, plus tard, la reine, très souffrante, alla chercher dans les montagnes de la Suisse, un air propice à sa santé, elle passait presque toutes ses journées à se promener avec sa lectrice, et sa principale distraction consistait à chercher des trèfles à quatre feuilles, en y attachant telle ou telle idée : « Si d'ici là, disait-elle à sa compagne, je trouve un trèfle à quatre feuilles, ce sera signe que nous rentrerons en France bientôt » ; ou bien : « Je recevrai une lettre de mon fils demain », etc., etc... Les enfants du pays, connaissant cette prédilection, lui apportaient des bouquets de trèfles à quatre feuilles, ce qui ne remplissait pas le but et éloignait d'autant les chances de réussite (1).

Le fils d'Hortense, NAPOLÉON III, quand il n'était encore que le prince Louis-Napoléon, prétendant avoir en sa possession le talisman de Charlemagne ; cette relique, de forme ronde, ornée de pierres précieuses, passait pour renfermer un fragment de la vraie croix ; elle avait été détachée du cou de Charlemagne, lors de son exhumation. La ville d'Aix-la-Chapelle en avait fait présent à Napoléon Ier, qui la remit à Hortense, de qui la tenait son fils (2).

Napoléon III croyait aussi fermement à la vertu d'une lettre autographe de l'Empereur, qu'il portait toujours sur lui. On y lisait cette phrase : « J'espère que Louis-Napoléon grandira, pour se rendre digne des destinées qui l'attendent. »

Le dernier des Bonaparte fut, d'ailleurs, un fervent du spiritisme et des tables tournantes. HOME, qui fut comme le Cagliostro de son règne, fit aux Tuileries des expériences mémorables et l'empereur crut au thaumaturge, jusqu'au jour où le trop malin personnage eut l'audace de faire donner des conseils au monarque régnant, par le spectre de la reine Hortense !

C'est à ce malavisé charlatan qui, vraiment, manquait de tact, qu'arriva cette autre mésaventure.

Leurs Majestés, qui l'avaient invité au château des Tuileries, voulurent mettre à l'épreuve la double vue dont il se vantait.

L'augure, en état de transe, prophétisa, devant les souverains tout désemparés, que leur fils ne monterait jamais sur le trône ! L'impératrice, pâle comme une morte, manqua de s'évanouir. Quant à l'Empereur, plus beau joueur ou plus expert à dissimuler ses impressions, il sourit en haussant les épaules, sans qu'aucune contraction du visage trahît son émotion.

La prophétie devait pourtant se réaliser à la lettre : le prince impérial tomba, comme on sait, mortellement blessé, dans une reconnaissance au Zululand, lâchement abandonné par ceux qui étaient chargés de veiller sur lui (3).

Un après-midi, alors que Mme Lebreton lui faisait une lecture, l'Impératrice ressentait soudain une impression bizarre : « c'était comme le frôlement d'une grande aile sur sa joue, comme une caresse rapide, à laquelle succéda une accablante et inexplicable tristesse (4). »

« Depuis, répéta souvent l'Impératrice, j'ai cherché en vain à préciser la date.... je suis convaincue que c'était l'heure où il agonisait. »

Coup du sort ou fatalité, de quelque nom qu'on l'appelle, le Destin se plaît à nous poser des énigmes, qu'en dépit de la perspicacité dont nous aimons à nous flatter, nous devons nous reconnaître le plus souvent impuissants à déchiffrer.

(1) *Les Bonaparte en Suisse*, par BUDÉ, 143-4. L'impératrice Eugénie partageait la même superstition. De St-Cloud, le 31 juillet 1870, elle écrivait au prince impérial, à Metz : « *La petite Malakoff a encore trouvé deux trèfles à quatre feuilles ; je te les enverrai...* » (*Papiers et correspondance de la famille impériale*, I, 405). Elle portait toujours un trèfle à quatre feuilles, en émeraude et brillants, le premier cadeau que lui eût fait l'empereur, son mari.

(2) *Revue des traditions populaires*, IX, 532.

(3) Cf. *Légendes et Curiosités de l'Histoire*, t. II.

(4) *Le prince impérial*, par André MARTINET, 314-5.

CONTRE L'ENCOMBREMENT de la Profession Médicale

La Chambre des médecins westphaliens a décidé de publier un appel au public, pour attirer son attention sur l'encombrement de la profession médicale en Allemagne, et sur l'opportunité de détourner de cette carrière les jeunes gens qui espèrent y trouver une situation rémunératrice. L'appel en question fait ressortir les désastreuses conséquences économiques que la nouvelle loi allemande sur l'assurance obligatoire entraine pour les médecins.

REVUE CLINIQUE

L'emploi du Spiromètre dans les manœuvres de l'Exercice de respiration

M. le Dr Georges Rosenthal utilise le spiromètre au cours de la gymnastique respiratoire, lorsque le parenchyme pulmonaire est absolument sain. Le spiromètre a l'avantage de donner au malade l'indication précise de ses progrès. Avec le spiromètre, il a pu préciser les notions de résistance et de débilité respiratoires. Pour que la respiration soit normale, il ne suffit pas qu'elle soit nasale, suffisante, rythmée, complète. Il faut aussi que la recherche de la capacité vitale faite au spiromètre cinq à dix fois à quelques secondes d'intervalle, donne un chiffre normal et un total normal.

Alors le sujet sera *résistant respiratoire*. Sinon, il sera débile respiratoire.

La résistance respiratoire se mesure aussi en faisant expirer 10 fois de suite le sujet dans le spiromètre. Il faut que le total atteigne 10 à 15 litres pour l'adulte (mesure de l'air courant).

Les syndromes de résistance et de débilité respiratoires expliquent certaines anomalies constatées au cours des études de gymnastique respiratoire. Malgré l'insuffisance respiratoire, la santé pulmonaire pourra se garder intacte s'il y a résistance. La débilité respiratoire explique le mauvais état des sujets qui paraissent normaux à un examen non prolongé. Les notions de résistance et de débilité respiratoires complètent la série de notions précises que l'auteur a introduites dans l'étude autrefois trop empirique de la gymnastique respiratoire.

REVUE D'ORTHOPÉDIE

Un Nouveau traitement de la scoliose

Par MM. Jacques CALVE (de Berck) et LAMY (de Paris).

Le Dr Calvé, ayant eu l'occasion, au cours d'un voyage en Amérique, d'étudier avec un certain nombre de chirurgiens américains la méthode d'Abbott pour le traitement des scolioses, a expérimenté cette méthode avec le Dr Lamy. Le principe en est le suivant : Lorsqu'on met en cyphose accentuée une colonne scoliotique et que l'on porte en haut et en avant l'épaule du côté opposé à la convexité, cette convexité a tendance à se faire en sens inverse. Si, à ce moment, on presse fortement sur les côtés incurvés, d'arrière en avant et de dehors en dedans, il se produit un mouvement de détorsion. On applique, dans cette position, un appareil plâtré qui est laissé en place pendant six semaines.

Après ce temps, la correction est le plus souvent obtenue ; on fait alors porter un corset en celluloïd qui maintient quelque temps l'hypercorrection et l'enfant est soumis à une gymnastique spéciale qui est destinée à fortifier sa musculature.

Les auteurs présentent quelques malades auxquels ils ont appliqué cette méthode. Mais ils font remarquer que, s'ils respectent fidèlement le principe d'Abbott, leur pratique les a encouragés à faire un certain nombre de modifications ; la technique de l'application de l'appareil plâtré est particulièrement difficile ; la détorsion par manœuvres de force est quelquefois mal supportée ; la méthode de suspension offre de grandes difficultés, etc. De plus, ils font des réserves au sujet de la durée du traitement. Il leur a semblé que la durée de 6 semaines, primitivement fixée par Abbott, est trop courte. Ils l'ont portée à 3 mois, et même parfois, à six mois. Ils peuvent d'ailleurs ajouter qu'ils sont en parfait accord avec la plupart des chirurgiens américains qui, ces temps derniers, se sont occupés de la question. En résumé, la méthode, telle qu'elle est, présente un grand nombre d'inconvénients et de multiples difficultés d'application, mais il est incontestable qu'elle est de beaucoup au-dessus de tout ce que nous possédons à l'heure actuelle et que, perfectionnée, elle rendra d'immenses services.

REVUE DE DIÉTÉTIQUE

Diététique du Rhumatisme Goutteux

Par M. le Dr J. LAUMONIER

Le rhumatisme goutteux, sous ses diverses formes cliniques : simple, fibreuse, miliaire, nodositaire, etc., est étroitement rattaché, par la plupart des auteurs, à la diathèse arthritique et spécialement à la goutte. Mais il ne se confond nullement avec cette dernière et constitue, à mon avis du moins, une individualité morbide particulière dans le groupe des maladies bradytrophiques.

En effet, l'arthrite du rhumatisme goutteux n'est point l'arthrite de la goutte aiguë ; il n'y a jamais de tophus, quand le rhumatisme goutteux n'est pas compliqué de goutte urique et l'uricémie est beaucoup moins marquée ; ce qui semble caractériser, à ce point de vue, le sérum, c'est plutôt l'excès d'oxalates que l'excès d'urates. D'ailleurs, il semble bien que les nodosités miliaires du rhumatisme ostéalgique soient composées, non pas d'urates, comme le croyait Potain, mais surtout d'oxalates. Quand au syndrome urinaire, il est très voisin de celui de la goutte chronique, avec cette différence cependant que l'hyperazoturie peut être beaucoup moins marquée, l'acide urique éliminé relativement peu abondant, le coefficient de phosphaturie relative et de déminéralisation calcique plus élevé, etc. Enfin, il faut remarquer que la gravelle, quand elle se superpose au rhumatisme goutteux, est plus souvent oxalique qu'urique et qu'il est rare que les personnes qui ont présenté des crises répétées de gravelle oxalique ne présentent pas tôt ou tard, des accidents de rhumatisme goutteux. Pour ces diverses raisons, je suis assez porté à considérer ces rhumatismes chroniques comme une manifestation de l'*oxalémie* qu'a étudiée récemment M. O. Weill et à laquelle s'ajoute, du reste très souvent, un état uricémique plus ou moins net. En tout cas, pour établir le régime alimentaire du rhumatisme goutteux, il importe de tenir compte de l'oxalémie, quand elle a été mise en évidence par l'épreuve du sérum et l'analyse urologique.

La première chose à considérer cependant est, ici encore, l'état général du rhumatisant et spécialement l'état des fonctions digestives. Par suite de la confusion que l'on est porté à faire entre le rhumatisme goutteux et la goutte, le rhumatisant est volontiers regardé comme un pléthorique, hypertendu, adipeux. Cela est, en effet, parfois vrai, mais non point toujours. Un certain nombre de ces malades sont des amaigris, mal nourris, vivant dans d'assez mauvaises conditions hygiéniques et présentant plutôt de l'hypotension. Dans tous ces cas cependant, on observe des troubles digestifs. Chez les uns, les pléthoriques uricémiques, ce sont des troubles de surmenage, qui disparaissent assez facilement d'eux-mêmes par une restriction alimentaire sagement conduite ; chez les autres, — les oxaluriques amaigris, — ce sont surtout des fermentations acides et des entérites ; chez les derniers enfin — hérédo-arthritiques parvenus au stade préterminal des insuffisances fonctionnelles généralisées, — c'est une dyspepsie gastro-intestinale presque totale. Je n'ai pas à insister actuellement sur les régimes qui répondent à ces différentes indications, et qui tous ont pour

but, avec l'aide occasionnel de quelques adjuvants médicamenteux ou opothérapiques, d'assurer la nutrition du sujet tout en diminuant ses malaises ou ses souffrances.

Abstraction faite du cas où l'hypounutrition est si marquée que l'objectif essentiel ne peut être que de la combattre, en laissant de côté toute autre préoccupation, le régime du rhumatisme goutteux doit prendre en considération les deux éléments pathogéniques probables, l'uricémie et l'oxalémie, et se conformer, dans une certaine mesure, à leurs indications respectives.

Mais le mécanisme de l'uricémie est encore des plus obscurs et, malgré les travaux de Garrod et de Roberts, de Stockvie, de Minkowski, Goto et Schmoll, de Klemperer, de Maurel, de Dyce Duckworth, de Linossier, etc., nous ne savons ni pourquoi les goutteux font en grande quantité un acide urique doué de propriétés spéciales, ni pourquoi cet acide urique est retenu et précipité. Le mécanisme de l'oxalémie n'est pas plus clair. Rolfe et G. Sée admettaient une viciation analogue du métabolisme et Esbach et Lécorché attribuaient son origine exclusivement à l'acide oxalique contenu dans les aliments. En présence de ces incertitudes, on est obligé de s'en tenir à cette diététique empirique, mais en somme suffisamment efficace, qui consiste à supprimer de l'alimentation toutes les substances renfermant une proportion notable de purines, d'acide urique et d'acide oxalique, ou aptes à en fournir par leurs dédoublements. Or, les corps xantho-uriques dérivent des nucléoprotéides ; l'acide urique peut se produire, d'après le professeur Maurel, par le simple abus des aliments azotés pauvres en purines et l'acide oxalique provient, d'après le professeur A. Gautier, de l'acide urique lui-même, en passant pas l'alloxane et l'urée, ce qui explique la fréquence de la coexistence de l'uricémie et de l'oxalémie. Suivant le professeur Lambling, l'acide oxalique peut également provenir de la gélatine et des collagènes, mais en petite quantité. On sait également que la diminution de l'hématose (pleurésies, compression) et l'hyperacidité gastrique semblent augmenter l'oxalurie.

Sur ces données, le régime du rhumatisme goutteux peut être formulé de la manière suivante :

1° *Aliments défendus.* — D'une part, ceux qui sont riches en nucléoalbumine et en corps puriques : gibiers, abats, comme cervelle, ris-de-veau, rognons, foie gras et charcuterie, pâtés, caviar, bouillon, extraits de viande et gelées, légumineuses (pois, haricots, lentilles), fromages faits, crustacés.

D'autre part, ceux qui sont riches en gélatine et en acide oxalique : tête de veau, pieds de veau, de porc et de mouton, hure, oseille, épinards, haricots verts, figues sèches.

Enfin, le professeur Maurel recommande aussi d'éviter les aliments riches en chaux, l'acide oxalique fixant de préférence le calcium et la lithiase calcaire, compliquant souvent la goutte.

2° *Aliments autorisés.* — Le pain blanc grillé, les pâtes alimentaires, les gâteaux secs genre Petit-beurre, les fromages frais, et laitages (?) les farineux, les pommes de terre, le riz, les légumes verts (sauf ceux contre-indiqués), la tomate, les salades cuites, les fruits. La cure de raisins et la cure d'oranges sont même tout particulièrement recommandables, en raison de leur action diurétique et alcalinisante ;

3° *Aliments permis en petite quantité* et de temps à autre. — Le lait (?), les œufs, les viandes de boucherie (sauf le veau et plutôt bouillies que grillées), le jambon maigre, le lapin, le poulet, la dinde, les poissons blancs bouillis, les huîtres ;

4° *Boissons.* — Uniquement des eaux de lixiviation. on encore de la bonne eau pure. On peut quelquefois permettre le vin blanc léger ou le Bordeaux rouge vieux abondamment coupés. Pas de Bourgogne, de Champagne, de vins liquoreux, de bières, d'apéritifs, ni d'alcools. Pas de café, de thé ni de chocolat qui renferment, non seulement des dérivés xanthiques, mais, ces deux derniers surtout, beaucoup d'acide oxalique. Quelques médecins, M. Labbé notamment, autorisent l'usage du cidre. Cependant Lécorché a fait remarquer que la goutte est extrêmement répandue dans les pays où on en boit.

5° *Condiments.* — Les seuls condiments autorisés sont le sel, le beurre, l'huile, le jus de citron, l'oignon. On n'usera du sucre qu'avec ménagement et, par conséquent, on s'abstiendra autant que possible des entremets très sucrés, des confitures, etc.

Dans les limites des aliments permis, le régime est organisé de manière à couvrir, plus on moins strictement, suivant que le malade est pléthorique ou amaigri, les besoins réels, en tenant compte de toutes les circonstances d'âge, de sexe, d'occupations, de pouvoir digestif, etc. Il faut veiller, en outre, à la variété des menus et à la bonne préparation des aliments, condition indispensable d'une certaine appétence et, par conséquent, des sécrétions psychiques actives capables de bien amorcer la digestion. La ration est partagée en trois ou quatre repas, celui de midi étant le plus copieux. A ce dernier seulement on permettra l'usage alternatif de la viande, du poisson et des œufs, à la dose de 100 à 150 gr. (ou 2 à 3 œufs), de telle sorte que ces différents aliments ne reviennent qu'à plusieurs jours d'intervalle. Les repas sont pris à heure fixe, lentement et bien mastiqués ; on ne tolèrera aucun aliment solide dans leurs intervalles. Deux grands verres de boisson, eau pure ou eau coupée, sont suffisants par repas ; cette quantité peut être diminuée, si le malade reçoit, le matin, des eaux minérales à titre de cure de lixiviation. Une certaine quantité d'eau est en effet nécessaire pour faciliter l'élimination des urates et autres déchets ; mais, chez les hypertendus, il ne faut pas en exagérer la masse, et on distribuera la ration liquide en prises espacées et minimes de manière à ne pas produire une brusque hydrémie. Enfin, on n'oubliera pas que la néphrite est la terminaison fréquente du rhumatisme goutteux et des dyscrasies acides et l'état de l'émonction rénale devra, en conséquence, être surveillé de très près et dominer, au moindre accroc, les prescriptions de la diététique.

Ainsi établi, le régime a un quadruple avantage :

a) Limité aux besoins et au pouvoir d'utilisation du malade, il calme les troubles digestifs, fait disparaître les accidents de surmenage et assure une nutrition convenable ;

b) Pauvre en corps xantho-uriques, il soulage le foie et diminue l'uricémie ;

c) Pauvre en acide oxalique, il atténue l'oxalurie et modère la précipitation des oxalates ;

d) Enfin, riche en déchets cellulosiques et en eau, il combat la constipation, assez fréquente chez certains rhumatisants, favorise l'élimination des déchets et la diurèse et tend, le cas échéant, à abaisser la pression vasculaire.

Bien que les cures climatériques et thermales, les agents physiques et, en particulier, le radium, etc., doivent souvent figurer et presque obligatoirement, dans le traitement du rhumatisme goutteux, cependant la diététique bien observée est parfois capable, à elle seule, d'assurer des rémissions considérables et prolongées, à une condition cependant, c'est que le régime soit suivi, sans défaillances notables, pendant des mois et même des années (1), M. Gudzent pense que quelques semaines peuvent suffire à amener une amélioration marquée, quand les traitements physiques s'y ajoutent. Je n'en doute pas, mais cette amélioration reste précaire si, après qu'ont cessé d'agir les agents physiques ou dans l'intervalle de leurs applications successives, la diététique n'intervient pas sans cesse pour redresser un métabolisme vicié de longue date, ou le maintenir dans cet équilibre nouveau qu'on lui a fait, par des procédés artificiels, momentanément acquérir. C'est pourquoi j'estime, avec beaucoup de praticiens, que la sévérité du régime, en dépit de certaines améliorations apparentes, doit être maintenue longtemps, pour que le bénéfice attendu se réalise et dure. D'ailleurs, le nombre des aliments autorisés permet de varier les menus presque indéfiniment et rend très supportable aux malades les plus difficiles, et même aux gros mangeurs et aux friands des plaisirs de la table, une diète dont, en définitive, la santé est le prix (1).

(1) En dépit de cette assertion du distingué auteur de ce rapport présenté au dernier Congrès de physiothérapie, il n'est pas douteux que les sujets atteints de rhumatismes goutteux ne doivent pas se contenter du simple régime diététique. La cure médicamenteuse par les dissolvants de l'acide urique et de l'acide oxalique leur est par suite tout spécialement recommandée. Et c'est pourquoi l'Urodonal, dont le professeur Lancereaux, reconnut, avec beaucoup d'autres maîtres, la haute efficacité, se recommande à eux tout spécialement. On sait du reste, grâce à des recherches toutes récentes, que ce produit. de par sa composition chimique, ne peut manquer de se comporter vis-à-vis de l'acide oxalique comme il se comporte vis à-vis de l'acide urique.

(1) « La Diététique des rhumatismes chroniques », rapport présenté au Congrès de physiothérapie.

REVUE DU LABORATOIRE

Sur une modification de la réaction de Meyer ; application à l'hémo-coprologie

Par MM. A. CADE
Agrégé, médecin des hôpitaux

A. MULSANT
Licencié ès-sciences

Les méthodes catalytiques, malgré leurs imperfections, restent encore, pratiquement, au premier plan pour la recherche, dans les fèces, des hémorragies occultes. Le procédé de Van Deen, modifié par Weber, est le plus communément employé et rend indiscutablement de grands services; mais il est fort intéressant, dans les cas surtout où le résultat fourni par cette réaction est douteux, de s'adresser à une méthode plus sensible. D'une telle méthode il convient d'exiger évidemment un plus grand degré de certitude, sinon les chances d'erreur croîtront parallèlement à l'augmentation de la sensibilité. Or les mêmes objections que les chimistes ont adressées au procédé de Weber ont été faites également aux autres réactions, particulièrement à celle de Meyer (appelée encore réaction de Kastle-Meyer, ou réaction à la phénolphtaline). Celle-ci plus sensible que le Weber doit être à ce point de vue placée entre ce dernier et la réaction d'Adler à la benzidine (Boas). Elle a été très utilisée, mais, malgré la défense qu'en a présentée Benoît (de Lille), les travaux concordants de divers auteurs ne tendent à rien moins qu'à la faire rejeter de la pratique, surtout en ce qui concerne l'hémocoprologie (Telmon et Sardou, Sartory et Fabre, Pellissier).

L'autre année Rivat (2) et A. Mulsant (3) sont arrivés, à la suite de leurs recherches poursuivies parallèlement, à proposer une amélioration très notable de la réaction de Meyer. Avant de rappeler en quoi consiste cette modification, nous allons indiquer très brièvement la technique classique de ce procédé : les fèces sont traitées comme pour le Weber, c'est-à-dire diluées avec de l'eau distillée si elles sont trop consistantes, puis agitées avec une petite quantité d'acide acétique et enfin additionnées d'éther, dont la décantation, après un brassage de quelques instants, donnera un extrait dans lequel sera recherchée l'hémoglobine. Pour cela on ajoutera à l'extrait ainsi obtenu XX gouttes du réactif à la phénolphtaline, puis deux ou trois gouttes

(2) Rivat. *Lyon Médical*, 1911, t. II, p. 813.

(3) A. Mulsant. Société médicale des hôpitaux de Lyon, 1911. *Lyon Médical*, 1911, t. II, p. 1452.

d'eau oxygénée. La présence du sang est décelée par l'apparition d'une teinte rose qui augmente ensuite plus ou moins et plus ou moins vite, et persiste plus ou moins longtemps suivant la quantité de sang.

La théorie de la réaction est la suivante : le sang, intervenant comme un agent catalyseur, fixe sur la phénolphtaline l'oxygène emprunté à l'eau oxygénée. La phénophtaline redevient phénolphtaléine, et comme le milieu est alcalin, cette transformation est marquée par l'apparition de la teinte rose on rouge caractéristique. On conçoit donc qu'il soit nécessaire que le milieu soit bien alcalin ; aussi a-t-on conseillé de saturer préalablement l'acidité, que pourrait déterminer un excés d'acide acétique, par l'addition de quelques gouttes d'une solution de potasse (Boas).

La modification que Rivat et A. Mulsant ont apportée à cette réaction est la suivante ; ils suppriment l'eau oxygénée et font intervenir un catalyseur, l'albuminate de manganèse, car ils ne font plus appel aux fonctions peroxydasiques et catalytiques du sang, mais seulement à sa fonction peroxydante. L'oxyhémoglobine remplace l'eau oxygénée et c'est l'albuminate de manganèse (ou mieux suivant Rivat l'oxyde de manganèse colloïdal qui se forme aux dépens de celui-ci en milieu alcalin) qui remplit le rôle d'agent catalytique, c'est-à-dire fixe sur la phénolphtaline l'oxygène de l'oxyhémoglobine.

La conception du rôle du sang dans cette réaction est basée sur d'intéressantes expériences. Wolff et Stœklin ont bien montré que les fonctions peroxydasiques et peroxydantes coexistent dans l'oxyhémoglobine et que les premières disparaissent par l'ébullition, alors que les secondes persistent. Or Rivat a noté que la réaction de Meyer, améliorée comme nous l'avons indiqué, restait positive malgré l'ébullition préalable de la solution d'oxyhémoglobine.

L'un de nous a pu constater les faits suivants :

1° Avec du *sang bouilli et réduit*, la réaction est négative (ici persiste seulement la fonction catalytique) ;

2° Avec du *sang non bouilli et réduit*, la réaction est faiblement positive pour ne pas dire négative (ici on a détruit la fonction peroxydante, et les fonctions peroxydasiques et catalytiques subsistent) ;

3° Avec du *sang bouilli non réduit*, la réaction est positive (ici on a détruit la fonction peroxydasique, et les fonctions catalytique et peroxydantes subsistent).

Nous n'insisterons pas davantage sur tous ces points, fort intéressants néanmoins, et nous nous contenterons de souligner que le changement de rôle attribué au sang dans cette réaction supprime les objections que l'ancien Meyer méritait en raison du grand nombre d'agents catalytiques qui étaient susceptibles de remplir alors le même rôle que lui. Cette réaction améliorée n'expose plus aux causes d'erreur, dont sont entachées toutes les réactions où intervient l'eau oxygénée. Elle tend à revendiquer le qualificatif de spécifique, en même temps que sa très grande sensibilité (jusqu'à 1/10000e de goutte de sang) et sa simplicité contribuent à l'imposer dans la pratique, de préférence à l'ancien Meyer.

Au laboratoire de la clinique du professeur Tessier, nous l'avons appliquée de parti pris à la recherche du sang dans les fèces, concurremment avec la méthode de Weber, et nous voudrions faire connaître aujourd'hui les résultats de nos premières observations, les petites modifications de détail que nous avons cru devoir apporter à sa technique et enfin la nature des services qu'elle nous paraît appelée à rendre dans la pratique.

Voici d'abord le mode de préparation des réactifs et la technique exacte de la réaction tels que nous les avons adoptés :

1° *Réactif de Meyer* : nons rappelons sa formule :

Phénolphtaléine	2	grammes
Potasse pure	20	—
Eau distillée................	100	—
Zinc finement pulvérisé	10	—

On porte ce mélange à l'ébullition en agitant. Dès que la décoloration est obtenue, on filtre sur du coton de verre. Il suffit d'une ébullition de cinq minutes environ. Un défaut ou un excès d'ébullition doivent être pareillement évités. On conserve le réactif à l'abri de l'air et de la lumière, et on l'additionne d'une petite quantité de poudre de zinc.

2° *Albuminate de manganèse*. — On triture dans un mortier 0 gr. 50 d'albuminate de manganèse en poudre avec un peu d'eau distillée, puis on ajoute de l'eau jusqu'à concurrence de 100 cc. Ce réactif s'altère rapidement.

3° *Technique*. — L'extrait éthéré des fèces étant obtenu, comme dans le procédé de Weber, on en prélève 3 cent. cubes et on l'additionne de 10 cc. environ d'une solution de soude (à 4 ou 5 0/0). Cette addition a pour but principal de saturer l'acide acétique qui a passé dans l'extrait éthéré. Il est nécessaire, en effet, pour que la réaction se produise, que le milieu soit alcalin, et on s'en assurera à l'aide du papier de tournesol. En outre la solution de soude sature les acides biliaires et saponifie les acides gras dont la présence en excès serait comme nous l'avons constaté, susceptible de produire ultérieurement, et malgré l'absence de sang, une légère coloration rose capable d'induire en erreur. D'ailleurs, lorsque les selles sont très riches en graisses, nous commençons toujours, avant toute autre manipulation, par les dégraisser grâce à une agitation de quelques instants avec une petite quantité d'éther qui est soigneusement décantée. Nous avons pu nous convaincre à plusieurs reprises de l'utilité de cette manœuvre pour éviter des réactions douteuses. Nous ajouterons que si l'addition de la solution de soude est nécessaire, en tout cas elle doit être discrète et ne pas dépasser le taux que nous avons indiqué.

Dans le cas où les selles riches en graisses n'ont pas été préalablement dégraissées, l'addition de la soude peut déterminer la formation d'un savon épais, dont on se débarrassera par filtration après avoir ajouté un peu de soude et d'eau.

Notre extrait de fèces étant ainsi préparé, on l'additionne de 4 à 5 gouttes de réactif de Meyer, puis de 2 gouttes d'albuminate de manganèse. Une *coloration rose se fonçant rapidement* indique la présence du sang. La réaction ne peut être considérée comme positive que dans ce cas.

Cette réaction de Meyer améliorée a été appliquée par nous sur une série de 25 malades de la clinique du professeur Teissier, concurremment avec la réaction de Weber. Ces malades étaient atteints d'affections diverses, organiques ou fonctionnelles, du tube digestif : cancer de l'estomac, de l'œsophage ou de l'intestin, ulcère gastrique ou duodénal, entérite, dyspepsie nerveuse, etc... Chez beaucoup d'entre eux plusieurs essais ont été pratiqués.

Nous apportons ici nos résultats en bloc. Sur 45 examens nous avons vu 29 fois le Meyer amélioré et le Weber d'accord, soit positifs, soit négatifs. Six fois le Weber est négatif et le Meyer amélioré positif. Dans 10 cas le Weber était douteux : il a été confirmé 8 fois par le nouveau Meyer, et deux fois celui-ci a permis d'éliminer la présence du sang.

Donc dans 16 essais sur 45, la réaction de Meyer, modifiée comme nous l'avons indiqué, a apporté un contrôle intéressant au Weber, le plus souvent en donnant un résultat positif là où l'autre n'avait donné qu'une indication douteuse ou même négative, et cela est bien en rapport avec la plus grande sensibilité de la réaction à la phénolphtaline.

Mais en outre elle a fourni parfois une réaction négative, alors que le Weber pouvait nous laisser dans l'hésitation au sujet de la présence du sang dans les fèces examinées, et cela est à l'actif du Meyer amélioré sur lequel nous venons d'insister, et dont la grande sensibilité est compensée par l'élimination des causes d'erreur auxquelles exposait l'ancienne technique.

En somme le procédé de Meyer amélioré, d'application un peu moins simple que celui de Weber, n'est pas destiné, pensons-nous, à remplacer ce dernier, mais seulement à le contrôler dans les cas ou la réaction fournie par le Weber est négative ou douteuse. La réaction de Meyer alors pratiquée est-elle négative? on peut affirmer l'absence de traces de sang. Est-elle positive ? on est autorisé à admettre la présence de sang dans les fèces, mais ce sera seulement après avoir refait la réaction avec le même résultat après trois jours d'un régime sans viande qu'on sera en mesure d'affirmer que le sang provient du tube digestif. Ce sont là des conclusions analogues à celles auxquelles arrive Boas dans la dernière édition de son Traité des maladies de l'estomac (1911), mais cet auteur utilise comme réaction de contrôle l'ancien Meyer, qui nous paraît devoir céder la place à la réaction dont nous avons exposé la technique et les avantages (1).

CARNET DU PRATICIEN

Vomissements des tuberculeux

Pour prévenir les vomissements des toberculeux, chercher à supprimer le réflexe nauséeux à l'aide de l'on des moyens suivants :

Badigeonnage de la gorge avec :

Bromure de potassiom......	2 gr. 50
Glycérine oeutre.	20 grammes
Eau de laurier-cerise.......	5 —

Insufflatioo dans la gorge avec :

Diodoforme	10 grammes
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 10
Chlorhydrate de morphioe...	0 gr. 05

On poorra également reconrir à la médication interne et ordonuer :

Teinture d'iode récente.....	4 grammes
Acide phénique cristallisé en oeige.................	4 —
Alcool rectifié...	4 —

Cioq gouttes dans de l'ean chande an commencement de chaqoe repas.

La potion snivante est pareillement susceptible de procnrer de bons résnltats dans certains cas :

Menthol....................	0 gr. 05
Teinture de salsepareille....	5 grammes
Julep gommeux...........	120 —

Vaginite Gonococcique

1° Alimentation non échauffante : lait, légumes, pâtes, porées. Eviter les aliments épicés et acides, la charcoterie. Ne manger que peu de viandes. Suppression complète des boissons alcooliques et excitantes, vin, bière, cidre, thé, café.

Boire de préférence de l'ean ou une infusion de menthe, de cassis, etc.

2° Prendre chaqne joor, dnrant la phase aiguë, de 12 à 16 capsnles de l'agéol, 4 au débot dn petit déjeuner et dn repas de midi et de 6 à 8 immédiatement avant le repas dn soir.

Plns tard, rédoire la dose de moitié et continoer une qoinzaine de jours environ après la disparition de toot symptôme.

3° Localement, pratiquer des injections et des lotions avec la Gyraldose.

Contre le tœnia

Qoand un individn porteur de tœnia a absorbé un remède tœnifuge, si le parasite est expulsé lentement (les anneaux mûrs sortant les premiers), prendre one seringue de Pravaz remplie de solution de morphine et faire an tœnia snr les derniers anneaux ooe petite injectioo. On voit le parasite anesthésié se dérouler complètement et la tête est expulsée avec facilité. (CHAVANT).

Eczéma du cuir chevelu

Acide salicylique.......	5 parties
Essence d'eucalyptus...	5 —
Huile d'olives..........	q. s. pour faire 40

Faire avec ce mélange 2 onctions par semaine.

(1) Société medicale des hôpitaux de Lyon.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 38.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. Zante

VARIÉTÉ

UNE GRANDE CUISINE ÉLECTRIQUE

Elle a été installée par la municipalité de Marylbone Lane (Londres) pour la préparation de la nourriture et du thé du personnel de son administration, qui comprend environ mille individus. La fourniture des aliments est confiée à une Société particulière à laquelle la municipalité de Marylbone cède l'énergie électrique à raison de 6 centimes par kilowatt-heure pendant l'été et 8 pendant la saison d'hiver. Après une exploitation de six mois, la Société adjudicataire déclare avoir obtenu des résultats remarquables et qu'il serait impossible d'opérer plus économiquement avec le gaz ou le charbon.

La capacité totale de l'installation électrique est de 160 kilowatts. Les divers appareils de chauffage sont : dans la cuisine même, 7 fourneaux électriques qui mesurent, en centimetres, $60 \times 65 \times 52,5$ et consomment au maximum 7 kilowatts chacun, avec deux petits et un grand dressoirs disposés pour utiliser l'air chaud qui se dégage des fourneaux ; dans la salle à manger, une table chauffante absorbant 6 kilowatts est subdivisée en six compartiments de $17,5 \times 65 \times 37,5$, où l'on maintient les aliments chauds jusqu'à l'arrivée des employés qui se servent eux-mêmes ; dans l'office, il y a encore deux autres dressoirs de $100 \times 57,5 \times 57,5$ absorbant chacun 4 kilowatts et dont le dessus est pourvu de plateaux pour découper la viande cuite et de trois théières de chacune 18 litres. L'équipement de la cuisine comprend encore un système de deux bouilleurs électriques dont la vapeur est répartie entre trois marmites dans lesquelles on peut faire cuire de 200 à 300 kilogrammes de pommes de terre par heure. Chaque bouilleur fonctionne avec 10 kilowatts ; en dessous de ceux-ci sont disposés une série d'appareils consommant chacun 7,5 kilowatts pour la cuisson de la viande, des puddings, des légumes ; enfin, une plaque chauffante de 90×45 sert à la préparation des ragoûts et des sauces. Pour les grillades, on a prévu un réchaud de $57,5 \times 30$ d'une puissance de 3 kilowatts, et enfin un four de $60 \times 60 \times 11,5$ permet de cuire 300 à 400 poissons par heure.

Les résistances sont constituées par de fines pellicules métalliques déposées sur mica. La préparation des aliments pour 400 personnes exige une dépense d'énergie journalière de 120 à 130 kilowatts-heure. Chaque appareil ou chaque groupe d'appareils a son tableau propre avec fusibles, interrupteurs et ampèremètres, ce qui permet de suivre le fonctionnement de chacun et en même temps de ne pas arrêter la marche de toute l'installation en cas d'accident à l'un des appareils. Les conducteurs allant an tableau sont enfermés dans des tubes d'acier rigide ; ceux qui en partent pour aller aux récepteurs sont enfermés dans des tubes flexibles.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le Divorce des Aliénés, par le docteur Lucien Graux; un vol. in-12, chez A. Maloine, 25 et 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris Prix : 4 francs.

Aucune question n'est plus à l'ordre du jour que celle du divorce des aliénés.

Posée en août 1910, au xx[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, la question était trois mois plus tard portée devant la Chambre des Députés sous la forme de deux propositions de loi deposées par M. Maurice Violette et par M. Maurice Colin, chacun de leur côté.

En présence de l'intérêt considérable de l'affaire, M. le docteur Lucien Graux, directeur de la *Gazette médicale de Paris*, eut l'intéressante idée de provoquer par la voie de son journal une importante consultation sur la question auprès de toutes les personnalités : médecins, jurisconsultes, législateurs, etc., qualifiées pour exprimer en l'espèce un avis autorisé. Cette enquête, qui a motivé soixante-huit réponses tant de France que de l'Etranger, a été publiée intégralement dans les colonnes de la *Gazette médicale de Paris*.

Il a paru utile à l'auteur de cette vaste enquête d'en réunir en un volume tous les éléments.

Ceux-ci, précédés d'une importante et lumineuse préface dans laquelle M. le D[r] Lucien Graux résume l'ensemble de la question et en présente les diverses faces, spécialement au point de vue international, viennent de paraître réunis en un livre documentaire du plus haut intérêt, sous ce titre: *Le Divorce des Aliénés*. à la Librairie Médicale A. Maloine, 25 et 27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Nul doute que le public instruit et qui pense n'accorde la plus vive attention à ce nouvel et important ouvrage.

ÉCHOS

Les bocaux colorés des pharmaciens.

On se demande d'où vient l'habitude, généralement prise par les pharmaciens, de décorer leurs vitrines avec d'immenses bocaux remplis de liquides diversement colorés et fortement éclairés quand vient le soir. Voici cette origine que peu de personnes connaissent. Autrefois, la loi imposait aux apothicaires d'avoir une lanterne rouge comme enseigne, afin d'aider le public dans ses recherches en cas d'accident ou de malaise.

Pour bien suivre cette tradition, et poussés par le progrès, les pharmaciens abandonnèrent leurs lanternes rouges, qu'ils remplacèrent par des grands bocaux éclairés la nuit. Le public a ainsi son attention attirée par ces bocaux derrière lesquels passent des flammes de gaz ou des ampoules électriques.

(*Bull. de la Soc. Lib. de Rouen et de la Seine-Inf.*)

C'est une explication plausible. En voici une autre, plus humoristique, sinon vraisemblable. Les pharmaciens projettent sur les passants les lueurs vertes, jaunes ou rouges de leurs bocaux, pour que ceux-ci, se voyant livides ou congestionnés, ou atteints de jaunisse, soient pris d'une crainte légitime relative à leur état de santé, et entrent tout de go chez le bon potard pour y réclamer les soins dont ils croient avoir besoin... *Se non e vero...*

Etrennes Allemandes.

Dans un catalogue, publié à l'occasion des fêtes du premier de l'an, une grande maison de Berlin prône une certain nombre d'articles nouveaux qui, dit-elle, « répondent aux besoins musicaux de la nation allemande ».

Cette maison veut que la musique nous accompagne dans toutes les situations de la vie; elle recommande un assortiment de pièces de mobilier, où nous relevons ce qui suit : « N° 329. — Garnitures en acajou, pour cabinets, planche polie, avec rouleaux en papier. Dès qu'une feuille est arrachée du rouleau, un morceau de musique se fait entendre. »

Un autre numéro intéressant est le suivant : « Coussin mélodieux, tissu Gobelins, pour dossier de chaise, 16 centimètres de côté. Quand on s'appuie contre lui, il fait entendre un air de musique qui surprend et réjouit en même temps ».

Enfin, la même maison offre aussi, comme ravissante pelotte à aiguilles, une « jambe de femme longue de 20 centimètres, copiée d'après nature ». Le catalogue ajoute : « La jambe porte un bas ajouré et un volant de soie », ce qui doit, sans doute ajouter au plaisir de planter des aiguilles et des épingles dans le mollet.

On n'a pas meilleur goût !

La trousse des médecins militaires allemands

Voici, d'après notre confrère *Le Caducée*, le contenu de la trousse que doit posséder tout officier du corps de santé allemand, en vertu d'une ordonnance du 16 février 1912 :

1. Un bistouri large.
2. Un bistouri pointu.
3. Une lancette.
4. Une pince anatomique.
5. Deux pinces à forcipressure, dont une pouvant servir pour tenir une aiguille.
6. Une paire de ciseaux.
7. Une spatule abaisse-langue.
8. Une sonde cannelée.
9. Une sonde fine.
10. Aiguilles de diverses grosseurs et de force différente.
11. Soie à sutures.
12. Thermomètre à maxima avec certificat de vérification.
13. Un mètre ruban.
14. Un marteau.
15. Stéthoscope.
16. Seringue de 1 centimètre cube avec aiguille creuse.
17. Tablettes de 0,50 centigrammes d'acide acétylosalicylique.
18. Tablettes de 0,75 centigrammes d'acide tartrique.
19. Tablettes de 1 gramme de bicarbonate de soude.
20. Tablettes de 0,50 centigrammes de sublimé, sous clef.
21. Tablettes de 0,20 centigrammes de calomel, sous clef.
22. Tubes de verre renfermant 0,20 centigrammes de caféine et de salicylate de soude en solution dans 1 centimètre cube d'eau, sous clef.
23. Tubes de verre de 0,02 centigrammes de chlorhydrate de morphine en solution dans 1 centimètre cube d'eau, sous clef.
24. Teinture d'opium simple, sous clef.
25. Teinture de valériane éthérée.
26. Emplâtre à l'oxyde de zinc de 2 centimètres et demi de largeur en rouleau.

Représentations théâtrales et cures thermales.

Le directeur du théâtre d'une station thermale très fréquentée d'un pays voisin a employé un moyen, pour le moins original, de faire de la publicité pour son établissement. Sous forme d'avis affiché sur les murs de la ville d'eaux en question, il a invité. en ces termes, les spectateurs : « Dans l'intérêt même de la santé de MM. les Baigneurs, je me permets de leur faire remarquer que la fréquentation du théâtre exerce la plus heureuse influence sur l'efficacité de la cure ; en effet, les soirées employées à la distraction et au plaisir sont suivies, pour les personnes en traitement, d'une nuit reposée et calme ; au contraire, la solitude des soirs provoque une telle tendance à la mélancolie, qu'elle est infailliblement accompagnée d'agitation nocturne et d'insomnie. Depuis les longues années que j'observe ici la vie des baigneurs, j'ai toujours remarqué que le succès de la cure était infiniment meilleur chez les spectateurs habituels du théâtre que chez les baigneurs casaniers. »

84e Année (Série XIIIe) — No 190 — Le Numéro : 25 Centimes — Mercredi 19 Mars 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent de 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 19 Mars 1913

A nos Collaborateurs.

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la *Gazette Médicale de Paris*, sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs, mettra, désormais, à leur disposition un tirage à part à 50 exemplaires, de leurs articles inédits qu'elle aura publiés.

Inauguration de la nouvelle Pitié.

Aujourd'hui a eu lieu l'inauguration par M. le Président de la République du nouvel hôpital de la Pitié.

La loi de trois ans et les étudiantes en médecine

Pour rétablir l'égalité entre les étudiants en médecine soumis à la loi de trois ans et les étudiantes, dans les concours de l'internat et de l'externat, M. Calmette (de Lille) propose, d'astreindre ces dernières à faire trois ans de service comme dames infirmières dans les hôpitaux militaires.

Au moment où l'autorité militaire manque de personnel féminin dans les salles de malades, à une époque où nous voyons des pays étrangers, comme l'Autriche-Hongrie, penser à l'incorporation des femmes dans ses services auxilliaires, la proposition de M. Calmette mérite fort justement d'être examinée avec soin.

Contre l'alcoolisme

La Chambre, a adopté un amendement de M. Joseph Reinach portant l'addition à l'article 9 de la loi du 17 juillet 1880 de l'alinéa suivant : « Le préfet, le conseil général entendu, aura le même droit dans l'étendue du département. »

Cet article 9 est conçu comme suit :

« Les maires pourront, les conseils municipaux entendus, prendre des arrêtés pour déterminer, sans préjudice des droits acquis, les distances auxquelles les cafés et débits de boissons ne pourront être établis autour des édifices consacrés à un culte quelconque, des cimetières, des hospices, des écoles primaires, collèges ou autres établissements d'instruction publique. »

En résumé, c'est aux assemblées départementales et non pas préfets que sera confié le soin de limiter l'alcoolisme. Ce n'est pas ce que demandait M. Reinach qui aurait voulu laisser aux préfets ce droit intact. On peut se demander si les conseillers généraux seront plus courageux que les maires et oseront se servir de la loi de 1880.

La lutte contre la tuberculose

Le « Royal College of Physicians » de Londres ouvre « à tous les membres de la profession médicale du monde entier » un concours sur le sujet suivant :

« Etude originale concernant le traitement de la tuberculose pulmonaire au moyen de substances spécialement antagonistes à l'organisme pathogénique et à ses produits. »

Cette étude devra avoir été faite principalement depuis l'année 1911. L'essai devra être basé sur des travaux et observations originaux (expérimentaux ou autres) de l'auteur et devra comprendre un exposé détaillé des méthodes employées et de leur mode d'application.

Le lauréat recevra en récompense un prix de 150 guinées et deux médailles d'argent.

La Fin des Livres

Le nombre des ouvrages édités annuellement est si grand que les bibliothèques sont encombrées par le torrent des publications nouvelles. Malheureusement, si l'on publie beaucoup, il semble bien que les livres modernes soient voués à une destruction rapide, non que les œuvres des contemporains le cèdent en valeur à celles de leurs devanciers, mais uniquement parce que les livres modernes sont essentiellement périssables. La production intensive et le bon marché relatif ont provoqué dans la fabrication matérielle des volumes des négligences fâcheuses. Les produits chimiques, qui jouent un grand rôle dans la préparation du papier et de l'encre, sont, le plus souvent, imparfaitement neutralisés ou éliminés : ils continuent à réagir l'un sur l'autre, à se transformer sous l'action de l'air, de la chaleur et de l'humidité dans les rayons des bibliothèques. Combien d'ouvrages publiés, il y a seulement vingt ans, présentent déjà un papier jaunissant, cassant, qui commence à s'effriter, des caractères décolorés, rongés ! La décrépitude arrive ; que restera-t-il de tous les volumes publiés actuellement, dans un siècle seulement ?

A cette action lente et contre laquelle il est difficile de lutter s'ajoutent les ravages causés par les insectes bibliophages, hôtes habituels des grandes bibliothèques où les documents sont rarement consultés et où la surveillance minutieuse est impossible. Les uns, tels que les sirex des meubles et des boiseries, rongent les livres pour se frayer un passage vers l'extérieur; les autres, au contraire, se repaissent du gluten et de l'amidon de la colle, de la cellulose du papier et du carton, du cuir des reliures.

Parmi les plus terribles bibliophages il faut citer les vrillettes, coléoptères dont la larve taille dans l'épaisseur du volume de longues galeries de forme sinueuse et dont le diamètre rigoureusement constant rappelle le trou fait par une vrille, d'où leur nom, ou par un coup de fusil chargé de cendrée très fine.

Les vrillettes adultes ont la curieuse habitude de frapper des coups secs sur les volumes pour s'appeler mutuellement et ces coups répétés, analogues au tic-tac d'une grosse montre produisent une impression profonde dans le silence et la paix des vieilles bibliothèques. L'imagination populaire l'a traduite d'une manière expressive : c'est l'horloge de la mort.

Les névroptères, communément appelés poux du bois et qui affectionnent particulièrement les lieux humides, accomplissent à l'aide de leurs mandibules très puissantes des ravages notables.

Il en est de même des termites qui depuis quelques années ont fait invasion dans les bibliothèques de France, particulièrement dans les Charentes, à Agen, à Bordeaux. A la Rochelle ils ont tellement compromis les archives du département qu'on a dû renfermer les documents dans des boîtes de zinc.

Comment lutter efficacement contre tous ces ennemis ? Bien des moyens ont été proposés : injections et insufflations de liquides antiseptiques ou insecticides, mise en suspension dans l'atmosphère de vapeurs de sulfure de carbone, de benzine, etc. La meilleure solution consiste à lire les livres de la bibliothèque ; de façon les insectes ne peuvent y prospérer à l'aise, mais cette solution, pour radicale qu'elle soit, est bien inhumaine : que deviendraient les bibliothécaires s'ils étaient astreints à lire tous les livres dont ils ont la garde !

Un traitement imprévu de la blennorrhagie

Certains savants américains sont, en vérité, d'une originalité quelque peu surprenante. Nous n'en voulons pour preuve que le nouveau traitement de la blennorrhagie proposé par Charles Duncan dans un récent numéro du *Medical Record*.

Ayant remarqué que des chiens guérissent leurs plaies suppurantes en les léchant, M. Ch. Duncan voit, dans ce fait, une application de la vaccino-thérapie de Wright par l'ingestion de la totalité du virus. Il a en conséquence traité toutes sortes d'affections suppuratives : furoncles, abcès, infections puerpérales, en faisant ingérer aux malades leur propre pus. Il a obtenu, dit reste, déclare-t-il, d'excellents résultats de cette pratique.

Passant à la blennorrhagie, et après avoir constaté que la blennorrhagie buccale est rare, et que, par conséquent l'infection buccale est peu à craindre, il s'est avisé de faire absorber aux malades de l'un ou l'autre sexe un écoulement tout frais.

Le pus urétral ou vaginal est mélangé à du sucre en poudre ou délayé dans de l'eau et ainsi dégluti, voire même tout simplement déposé directement sur la langue.

Plusieurs observations sont rapportées où ce traitement aurait fait avorter en deux ou trois jours des blennorrhagies débutantes ou guéri en quatre ou cinq jours des blennorrhagies en pleine activité. Le traitement réussit moins bien pour les blennorrhagies chroniques.

L'auteur fait remarquer la facilité, la simplicité et le bon marché de ce traitement.

Il prévoit des objections d'ordre moral, mais les repousse du pied avec mépris et attend avec confiance les objections sérieuses qui peuvent lui être faites.

Au fait, si le traitement guérit, n'est-ce pas l'essentiel !

Cœurs d'Amérique

Tartarin avait doubles muscles et s'en vantait. Il lui va falloir en rabattre, car sa dualité musculaire est bien peu de chose en regard du phénomène que vient, paraît-il, de constater un médecin américain, chez quatre membres d'une même famille d'Easton (Pensylvanie).

Ces quatre personnages : Mrs. Berton Perkins et ses trois enfants, âgés de treize, onze et quatre ans respectivement, seraient dotées de deux cœurs chacun. Le Dr Morgensiern, appelé pour soigner la petite Doris — celle de quatre ans — atteinte de la petite vérole, a découvert avec stupéfaction qu'un cœur battait à droite et un autre à gauche de sa poitrine.

Fortement intéressé par la prodigalité de la nature à l'égard de cette fillette, il examina ensuite sa mère et ses frères et sœur et put constater que tous trois possédaient également deux cœurs.

Il réunit alors plusieurs de ses confrères, qui vérifièrent le fait et émirent unanimement l'avis que chacun des deux cœurs remplissait ses fonctions comme s'il eût été seul. Leur théorie est que les parties constituantes de l'organe ne se sont pas unies. Le ventricule et l'oreillette droits auraient crû du côté droit de la poitrine, tandis que l'oreillette et le ventricule gauches croissaient du côté gauche.

La mère et les enfants jouissent habituellement d'ailleurs d'une excellente santé et sont parfaitement normaux en dehors de leur dualité cardiaque.

Les dangers du cresson

Le cresson de fontaine n'est plus la santé du corps. Un médecin anglais a été frappé de la fréquence des intoxications provoquées par l'ingestion aux repas du cresson de fontaine.

Les phénomènes d'intoxication sont remarquables par l'identité presque absolue des symptômes caractéristiques qui sont les suivants : malaise général, anxiété précordiale, refroidissement des membres supérieurs, douleurs abdominales assez vives, vomissements fréquents. Ce sont les symptômes habituels de l'empoisonnement par les matières alimentaires avariées ou corrompues, ce qui s'explique aisément par ce fait que ce n'est pas le cresson qui cause le mal, mais bien les matières organiques en décomposition qu'il véhicule et qui doivent être constituées par des ptomaïnes et des dérivés d'origine microbienne. Le danger vient de la culture du cresson au moyen des matières fécales, purins, fumiers, qu'on place directement dans les cressonnières. On devra donc préférer le cresson venu spontanément dans les eaux vives et courantes.

Pour diminuer les dangers, on nettoie soigneusement le cresson ; on n'emploie que les feuilles et les pétioles qui ont plus de chance que les tiges de se développer hors du contact de l'eau contaminée. Pour cela, on fera macérer le cresson dans de l'eau salée concentrée et houillie, et on lavera ensuite sous un filet d'eau tombant d'une certaine hauteur pour détacher de la plante toutes les impuretés qui pourraient y être attachées.

PROPAGANDE AMÉRICAINE

Miss Théora Carter fondatrice et présidente de la Société de « Good Cheer » est convaincu que les enfants qui auront les dents blanches auront des mœurs plus pures.

Elle a parcouru les Etats-Unis mettant en pratique cette théorie qu'elle a l'intention de faire adopter par les Maisons d'Education.

Donc, l'autre après-midi, elle se rendit en automobile dans le parc de la Douzième Rue, à New-York, pour y distribuer 1.000 brosses à dents. Des milliers de petits enfants prévenus de sa visite, l'attendaient. La plupart ignoraient ce qu'est une brosse à dents, mais le plus clair pour eux était qu'on allait leur donner quelque chose pour rien, un cadeau de Noël en plein été...

Miss Carter avait de pleines poignées de brosses à dents, de pleins sacs, de pleines malles... Et pour montrer aux peuples avec quelle ardeur les petits enfants se battaient pour la propreté de leurs dents elle avait amené un photographe.

Jamais, de mémoire d'enfant, on ne vit jouet plus populaire dans le quartier. Les plus grands arrachaient les brosses aux mains des plus petits et les petits couraient après l'automobile pour en demander d'autres. Les tout petits se mirent immédiatement à creuser le sable avec leur nouveau jouet. Quelques uns s'en servirent comme de claquettes, tandis que d'autres s'en firent des armes défensives et offensives.

Dans le but de leur montrer le vrai but de ces brosses, Miss Carter fit monter une petite fille dans son auto et lui nettoya consciencieusement les dents.

Ce fut loin de plaire à la fillette qui cria et rua. Mais Miss Carter poursuivit l'opération comme si elle avait toute sa vie pour le faire, et le photographe reproduisit fidèlement le tableau.

L'Origine des Lavements Alimentaires

Les lavements alimentaires, qui restent toujours d'un usage fréquent, ont une origine pieuse qu'il serait vraiment dommage de ne point rappeler. Sous le grand Roi, les apothicaires administraient eux-mêmes leurs clystères à domicile. Devait-on les recevoir en temps de Carême et avant la Communion? En d'autres termes, le clystère interrompt-il le jeûne? Cruelle énigme ! Heureusement, un médecin au nom prédestiné, le docteur Montanus (!), armé d'un syllogisme qui sent bien son époque, vint rassurer les consciences des dévotes. Une seule chose peut interrompre le jeûne, c'est l'aliment. Or, le caractère d'un aliment, c'est d'être introduit par la bouche. Le lavement ne se prend point par la bouche, il ne passe pas par l'estomac, donc, ce n'est pas un aliment.

Admirez ici les conséquences de ce syllogisme. « Puisque le lavement n'interrompt pas le jeûne, se dirent les dévotes gourmandes, pourquoi ne pas essayer de prendre en Carême quelques bons lavements de bouillons? Nous ne ferions aucun tort à notre âme et notre corps en tirerait peut-être réconfort ! » Ainsi fut fait. Et c'est à la faveur de cette discussion scolastique que l'usage des lavements nutritifs s'introduisit dans la pratique courante, les médecins ayant appris de leurs clientes la sûreté de cette nouvelle voie d'absorption : Petites causes, grands effets.

Soyons bons pour la Montagne

Une excellente initiative vient d'être prise par la Ligue d'Esthétique du Canton de Genève dont l'action bienfaisante s'exerce non seulement dans le canton de Genève, mais encore en Haute-Savoie.

D'accord avec les autorités académiques de la région, la Ligue d'Esthétique va faire placer dans les écoles des pancartes très artistiques du plus bel effet. Nous y relevons notamment les recommandations ci-après ;

« Ne commettre aucun acte qui nuise à l'aspect des montagnes et des sites naturels.

« Ne pas jeter des pierres, qui roulent et causent des dégâts et des accidents.

« Ne pas détériorer les sentiers en coupant les contours.

« Ne pas arracher de plantes.

« Ne pas s'attaquer aux arbres, jeunes ou vieux, respecter les nids et les oiseaux.

« Ne jeter ni papiers, ni boîtes vides, ni détritus quelconques ; les enfouir dans le sol ou sous les pierres Les houteilles doivent être laissées entières pour que les tessons n'occasionnent pas des blessures, toujours graves, aux animaux qui paissent dans les pâturages.

« Ne pas de faire de feu à proximité des haies et des bois (la plupart des incendies de forêts sont dus à des imprudences de ce genre) ».

Beaucoup de jeunes alpinistes pourrait faire bon profit de ces conseils donnés aux écoliers.

La Chirurgie de Guerre

DANS LES BALKANS

Par M. le Dr MONPROFIT

Professeur à l'École de Médecine d'Angers

Chargé par la Croix-Rouge hellénique de diriger l'organisation chirurgicale de ses hôpitaux à Salonique, j'ai pu visiter non seulement les blessés de Salonique, mais ceux d'Athènes, d'Uskub, de Belgrade.

J'étais accompagné du docteur Gruet, médecin principal de l'armée et du docteur Nicoletis (de Paris). C'est avec ces distingués collègues, que j'ai fait les constatations que je vais avoir l'honneur de vous exposer.

A ce que j'ai vu et observé, j'ajouterai les résultats de l'expérience des chirurgiens avec qui j'ai eu l'occasion de m'entretenir au cours de mes visites dans les hôpitaux ; d'assez nombreuses publications ont déjà été faites sur le même sujet.

Les observations des professeurs Phocas, Kallionzis, Alivisatos, d'Athènes ; Soubbotich de Belgrade ; Kojen, de Belgrade ; Jetlicka, de Prague ; Depage, de Bruxelles ; Laurent, de Bruxelles ; Willems, de Gand ; de nos collègues français Lucas Championnière, Tartois, Cadenat, Rebreyend, Lefort (de Lille), Dreyfus (de Salonique), Legrand, Socin, Reverdin, V. Fritsch, etc, etc., nous éclairent sur la plupart des points intéressants.

J'ai reçu d'autre part des lettres et des communications personnelles de plusieurs collègues parmi lesquels, je citerai le professeur Depage (de Bruxelles), chirurgien en chef de l'hôpital de la Croix-Rouge belge à Constantinople, et M. le professeur Willems, de Gand, chirurgien en chef de l'hôpital de la Croix-Rouge, à Belgrade.

Nous avons utilisé ces travaux fort intéressants pour contrôler et comparer nos observations personnelles faites dans les hôpitaux d'Athènes, Salonique, Uskub et Belgrade et qui portent sur plusieurs milliers de blessés.

Les dernières grandes guerres, la guerre des *Boërs*, la guerre *Russo-Japonaise*, surtout, avaient déjà mis au jour beaucoup de faits qui viennent d'être confirmés d'une façon éclatante dans la guerre balkanique.

Les rapports de nos collègues Anglais, ceux, si documentés, de nos collègues de l'armée, Follenfant et Matignon, pour la guerre russo-japonaise, nous avaient déjà fixé sur beaucoup de points que les événements récents viennent encore de mettre plus nettement en lumière sous nos yeux.

La Chirurgie sur le champ de bataille. — On peut affirmer une fois de plus, après l'expérience qui vient de se faire dans les Balkans, qu'avec une bonne organisation, avec une préparation soigneuse et méthodique, les armées peuvent éviter à leurs blessés la plupart des complications qui ont emporté tant de malheureux dans les anciennes guerres.

Il est parfaitement possible de réduire la mortalité des blessures de guerre dans une proportion considérable. Pour cela, il faut certainement de l'argent, et du matériel, mais il faut avant tout un personnel, *instruit de ce qu'il doit exactement faire*, un personnel bien entraîné et naturellement très dévoué à ses devoirs.

Le premier et principal élément des progrès actuels dans le traitement des blessures de guerre, c'est le pansement de la plaie fait le plus tôt possible sur le champ de bataille, ou non loin, pansement *aussi rigoureusement aseptique que possible*, au moyen du *paquet de pansement individuel* porté par le blessé lui-même.

Ce paquet de pansement, vous le connaissez tous, bien certainement ; le paquet de pansement français a, comme nos canons, fait merveille entre les mains des Grecs.

Nous avons pu constater les résultats de l'action si heureuse exercée en Grèce par notre mission française dirigée par M. le général Eydoux. Au point de vue militaire, on sait déjà quels ont été ses importants effets.

Au point de vue sanitaire, l'impulsion énergique donnée par M. le médecin principal *Arnaud*, directeur du service de santé, a produit des merveilles ; — non seulement le personnel a été entraîné et parfaitement préparé à remplir sa tâche, mais un effort considérable a été fait en vue de réunir le matériel nécessaire pour les transports, pour la constitution des hôpitaux, pour les pansements, etc., etc. Bref on peut dire qu'au point de vue du matériel sanitaire, l'armée grecque a, grâce à l'activité du docteur Arnaud et de ses collaborateurs, été largement pourvue de tout ce qui était nécessaire. Les pansements individuels en particulier, les pansements préparés ont été extrêmement abondants. Voilà, messieurs, ce qu'a été l'œuvre de nos compatriotes, œuvre qui fait le plus grand honneur à la mission française et à son éminent directeur, et sert en même temps, grandement les intérêts de notre pays, en lui attirant de précieuses sympathies.

Usage du paquet de pansement individuel. — On ne saurait attacher trop d'importance à la rapide protection aseptique des plaies, qui peut et doit être faite dès les premiers instants qui suivent la blessure, par l'application soigneuse et méthodique du *pansement individuel* que tout soldat porte avec lui, dans une armée moderne.

Il y a quelques années, lorsqu'on a pour la première fois parlé d'introduire dans les armées ce *paquet de pansement individuel*, — beaucoup de collègues ont élevé des doutes sur l'utilité de se pansement. On a, non sans quelque apparence de raison, objecté que le soldat ne le conserverait pas, qu'il ne prendrait pas la peine de l'appliquer. Que cela lui serait d'ailleurs impossible. Or, le fait important c'est que ces objections sont aujourd'hui réduites à néant par la leçon irréfutable des événements.

Il est à désirer que le soldat français soit bien renseigné, soit bien instruit sur la nécessité de conserver son paquet de pansement avec le plus grand soin, jusqu'au moment où il pourra en avoir besoin.

Il est très important de faire pénétrer dans le public militaire cette idée, que le soldat qui gaspille, jette ou détruit son pansement individuel, ressemble exactement à un passager qui trouvant dans sa cabine une *ceinture de sauvetage*, la prendrait et la jetterait à la mer.

Le nombre des blessés qui, dans la récente guerre balkanique, ont dû la conservation d'un membre, ou le salut de leur vie, à l'emploi du pansement individuel sur le champ de bataille, est incalculable.

Je ne sais au juste ce qui s'est passé du côté turc, mais d'après ce que j'en ai appris en visitant un certain nombre de ces blessés à Salonique et sur d'autres points, en lisant les relations de nos collègues qui ont exercé à Constantinople et surtout la lettre que j'ai reçue de mon ami le professeur Depage, qui y dirigeait la Croix-Rouge belge, il me semble bien que l'usage du pansement individuel a été du côté ottoman, restreint ou défectueux. Car le résultat des plaies à Constantinople n'a pas été du tout ce que j'ai observé du côté des Alliés.

Du côté des Grecs et des Serbes, voici ce que j'ai vu :

Du côté grec les leçons de la mission française avaient porté leurs fruits, et il en était à peu près de même chez les Serbes.

Les hommes avaient tous leur pansement individuel.

Ce pansement était en bon état au moment du besoin.

Les soldats avaient tous été instruits sur la nécessité de l'employer en cas de blessure.

L'emploi, l'utilité du pansement individuel, avaient été enseignés aux troupes par le corps de santé.

Pendant les marches, les médecins, les officiers, les sous-officiers, avaient instruit les recrues, les réservistes à ce sujet.

Aussi, au moment des combats, l'emploi du pansement individuel a été absolument général, *l'abstention a été l'exception.*

Les blessés, à l'encontre de ce que certains avaient prévu, se *sont pansés eux-mêmes* dans beaucoup de cas.

Dans le reste des cas, le pansement a été appliqué par les médecins, par les brancardiers, par un voisin, par l'officier, ou le sous-officier le plus rapproché du blessé.

Dans un engagement qui eut lieu du côté de Bitolj (Monastir), un chirurgien serbe, me dit avoir reçu 800 blessés qui, tous sans exception (mettons le plus grand nombre) avaient été pansés sur *le lieu même du combat et très peu de temps* après la blessure.

Les hommes savaient qu'il ne faisaient pas avec leur paquet individuel un bandage, comme celui qu'on exécute trop souvent avec un mouchoir plus ou moins malpropre, mais qu'ils se faisaient au contraire un pansement qui pouvait leur sauver la vie et qui là leur a effectivement sauvée dans l'immense majorité des cas.

Nous avons vu, en effet, sous le pansement individuel, avec ou sans application iodée, les guérisons par première intention dans les blessures les plus invraisemblables : longs trajets à travers les membres, perforations des grandes jointures ou des extrémités articulaires, plaies transversales ou antéro-postérieures du thorax avec perforation des poumons, perforation de l'abdomen avec plaies de l'estomac ou de l'intestin ou de la vessie, plaies transversales du cou, plaies transversales du crâne, etc., etc.

Nous n'avons pas la prétention dans cette brève communication de vouloir passer en revue toute la chirurgie d'armée. Il s'agit seulement d'une rapide revue des faits qui nous ont paru être les plus frappants et prêter le mieux à des conclusions générales au point de vue du traitement.

La condition primordiale du salut c'est donc l'application aussi rapide que possible du *pansement aseptique*. *Un bon pansement individuel* permet de remplir très souvent dans d'assez bonnes conditions cette première indication.

Une autre condition non moins importante à remplir : C'est *l'abstention* la plus complète de toute manœuvre *d'exploration*, de recherche, de cathétérisme et, à plus forte raison, de tamponnement quelconque dans les trajets des projectiles.

Toute opération qui n'est pas impérieusement indiquée par un accident qui menace immédiatement la vie du blessé, comme une hémorragie grave par lésion d'une grosse artère qu'il est possible de pincer ou de lier, ou une blessure du larynx qui asphyxie le blessé et impose une trachéotomie immédiate, toute opération, dis-je, en dehors des cas d'urgence absolue, est contre-indiquée sur le champ de bataille.

Ainsi que l'a si bien dit Rapp, il y a déjà

longtemps, le poste de secours doit être un *atelier d'emballage aseptique*, et un *bureau d'expéditions* sur l'arrière !

Je n'ai pas l'intention bien entendu d'annihiler l'initiative et la décision du chirurgien qui doit examiner les blessés et appliquer selon sa conscience le moyen approprié à leur salut. Les règles que nous posons, après beaucoup d'autres, plus autorisés, sont des règles absolument générales et qui doivent être prises ainsi.

Nous verrons d'ailleurs que ces règles d'*abstention* qui sont bonnes au premier moment, ont encore de grands avantages au second. La chirurgie militaire moderne doit être par-dessus tout une chirurgie de surveillance et d'expectation. Les heureux résultats de l'abstention se sont montrés très clairement dans cette guerre et ils ont confirmé d'une façon éclatante les principes qui ont été si bien exposés par M. Delorme dans son discours d'ouverture du dernier congrès français de chirurgie.

Différence dans la gravité des blessures par projectiles de fusil ou par projectiles de canon. — Les blessures faites par les balles des fusils à petit calibre, comme celui employé par les Turcs (Mannlicher) sont remarquablement bénignes lorsqu'elles n'atteignent pas, cela va sans dire, les organes essentiels de la vie.

Ces balles, pointues, longues, étroites (6 m/m) animées d'une vitesse considérable, traversent en effet les parties molles en écartant en quelque sorte les tissus qui se rapprochent après leur passage.

Les orifices d'entrée et de sortie sont très petits, et ils semblent légèrement cautérisés par la température assez élevée que doivent présenter les projectiles.

Lorsque ces balles rencontrent les os, bien souvent elles les brisent et les font éclater, mais souvent aussi, surtout au niveau des extrémités articulaires, elles les traversent comme ferait un poinçon ou un emporte-pièce, en creusant dans leur épaisseur un *simple tunnel.*

Nous avons vu ainsi les extrémités de l'humérus à l'épaule ou au coude, les extrémités du fémur ou du tibia au genou, les os de la radio-carpienne, de la tibio-tarsienne, du tarse, transpercés sans qu'il y eût fracture étendue, et sans que la solidité des os en fût compromise en rien.

Ces plaies bien protégées dès le début, guérissent très vite avec la plus grande simplicité.

Nous ne pouvons qu'effleurer ici les importants chapitres de la chirurgie des grandes cavités, des os, des vaisseaux, des centres nerveux etc., etc. Qu'il me suffise de dire que les blessures du thorax, en particulier par balles de fusil, ont généralement présenté une bénignité extraordinaire. Les plaies pénétrantes de poitrine avec perforation des poumons, prouvée par hémoptysie et hémothorax, ont guéri la plupart du temps sans aucune complication.

La règle de conduite généralement adoptée a été l'*abstention complète*. Le nombre des thoracotomies pour empyème a été *infime*.

Les plaies du crâne et de l'abdomen ont généralement présenté plus de gravité, mais les interventions n'ont pas dû non plus être très actives.

C'est dans les plaies pénétrantes de poitrine que les résultats les plus brillants ont été obtenus par l'*abstention*.

Pour les blessures des membres avec éclatement des os, fractures compliquées, c'est aussi le traitement conservateur avec de larges irrigations antiseptiques qui a donné les meilleurs effets : les *amputations* et *désarticulations* ont été très rares dans cette guerre, sauf bien entendu entre les mains de quelques chirurgiens qui ont peut-être été trop interventionnistes.

Blessures par les Shrapnells. — Nous ne pouvons malheureusement pas parler de la bénignité des projectiles de l'artillerie, au moins de l'artillerie française.

Le shrapnell a acquis dans cette campagne une réputation encore plus mauvaise que par le passé.

Si le feu de l'infanterie diminue en quelque sorte de gravité, en ce qui concerne les suites plus ou moins éloignées des blessures, celui de l'artillerie conserve ou augmente son action meurtrière.

Les blessures par shrapnell font des plaies très graves qui broient les os, déchirent les tissus, écrasent le thorax ou le crâne.

Les résultats immédiats sont effrayants et très meurtriers ; les suites éloignées sont beaucoup plus graves que celles des blessures par balles de fusil.

Nos amis Soubbotich, Willems l'ont constaté à Belgrade, et Depage surtout l'a vu à Constantinople. Si bien que Depage dans un généreux élan humanitaire qui le peint tout entier, s'est fait l'initiateur à Constantinople, près de la Société impériale de chirurgie, d'un mouvement de protestation contre les meurtriers effets du « shrapnel ! .

Je m'y associe bien volontiers, mais sans grande illusion et avec bien peu d'espérance !

Au total les résultats du feu de l'infanterie sont moins graves, ceux du feu de l'artillerie deviennent plus dangereux.

La proportion des blessures observées à Constantinople par Depage a été très différente de celle qui a été constatée par nous du côté grec et serbe et par Soubbotich et ses collègues du côté serbe.

Depage a, en effet, constaté la proportion suivante :

Plaies par shrapnell 80 0/0.
Plaies par fusil, 10 0/0.
Plaies par arme blanche, 10 0/0.

Nous avons vu au contraire chez les Alliés :

Plaies par fusil, 80 0/0.
Plaies par shrapnell, 15 0/0.
Plaies par arme blanche, 5 0/0.

C'est à peu près ce qu'ont aussi observé Soubbotich, Willems et leurs collègues.

Les canons des alliés ont donc été beaucoup plus meurtriers que ceux des Turcs — et ces derniers ont surtout blessé leurs adversaires par le fusil.

Je ne sais si les statistiques définitives confirmeront ces premières données — elles sont en tout cas intéressantes à noter.

Les blessés des nations alliées que nous avons en surtout l'occasion d'observer présentaient une résistance très notable aux blessures, aux interventions, à la douleur ; les montagnards grecs, sobres, végétariens, peu alcooliques, supportaient remarquablement les anesthésiques — et chez eux les plaies guérissaient merveilleusement .M. Soubbotich fait la même remarque pour les Serbes qui sont surtout des cultivateurs, nourris de légumes et de pain, très rarement alcooliques. Il en est de même pour les Bulgares.

Et puis : ils étaient vainqueurs ! bonne condition pour guérir !

Il n'en était pas de même des Turcs déprimés, démoralisés, peu ou mal nourris, ce qui explique beaucoup des mauvais cas observés à Constantinople.

Puissions-nous faire de la chirurgie seulement avec une armée victorieuse !

Le nombre des complications infectieuses graves a été aussi très réduit — on peut compter les cas de tétanos, d'érysipèle, d'infection purulente — leur nombre a été vraiment très peu considérable, et les comptes rendus officiels et définitifs prouveront, j'en suis dès à présent convaincu, une mortalité relativement peu élevée pour les *suites des blessures*. Je n'entends pas parler ici de la mortalité sur le champ de bataille, qui dans certains combats a été considérable !

Les leçons que nous pouvons tirer de tous ces faits sont précieuses pour l'avenir.

Nous devons persuader à tous que les armées modernes peuvent avec une bonne préparation diminuer dans une proportion considérable la mortalité des blessés.

L'asepsie appliquée sur le champ de bataille au moyen du pansement individuel a fait ses preuves une fois de plus.

Le paquet de pansement français a donné chez les Grecs de très bons résultats. Chez les Serbes et les Bulgares, le pansement hollandais d'Utermohlen a prouvé ses excellentes qualités : asepsie, application simple et facile.

L'abstention, sur le champ de bataille, de grandes interventions, a donné aux blessés graves les plus grandes chances de guérison. L'abstention dans les hôpitaux de seconde ligne a souvent aussi été la conduite la plus prudente et la plus bienfaisante. Nous avons été heureux de constater que les règles suivies généralement par l'Ecole française étaient celles qui répondaient le mieux aux indications actuelles de la chirurgie de guerre.

La Vaccination antityphoïde

DANS

L'ARMÉE DES ÉTATS UNIS

Par M. le Dr CHANTEMESSE

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris

L'Académie se souvient peut-être qu'en 1909 au moment où je lui demandais de nommer une Commission pour étudier le problème de la vaccination antityphoïde, je lui faisais connaître les tentatives faites dans ce sens par le Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique.

Depuis lors divers renseignements privés nous ont entretenus de quelques-uns des résultats obtenus par les Américains, sans nous fournir toutefois un document officiel sur l'ensemble de ces vaccinations, ni sur les bénéfices de vies humaines réalisés par l'application de cette méthode prophylactique. Aujourd'hui, je puis faire connaître à l'Académie les renseignements adressés récemment par l'ambassadeur de la République Française à Washington à notre ministre des Affaires étrangères au sujet du vaccin contre la fièvre typhoïde utilisé dans l'armée américaine.

Vous savez qu'en 1909, les officiers et les hommes de troupes de cette armée furent engagés à se faire vacciner, sans y être obligés. Cette vaccination a été, en mars 1911, rendue obligatoire pour une division de l'armée et en septembre 1911 pour toute l'armée fédérale.

Les résultats de cette pratique se sont manifestés d'une manière d'autant plus décisive que la vaccination a été étendue à un plus grand nombre de soldats.

Dès la première année (1909) où cette prophylaxie fut instituée, la morbidité typhoïde dans l'armée américaine tomba à 173 cas, dont 16 mortels. L'année suivante (1910) on ne compta plus que 142 cas dont 10 mortels. En 1911, le nombre des cas ne s'éleva qu'au chiffre de 44 dont 6 mortels. Enfin, en 1912 (dans les huit premiers mois) on n'enregistra dans l'armée que 9 cas de fièvre typhoïde dont un seul mortel.

Présenté ainsi, le tableau précédent est déjà éloquent, mais sa caractéristique se

dévoile encore plus nettement quand on sait que parmi les 368 cas de fièvre typhoïde mentionnés plus haut, dix-huit seulement se montrèrent parmi les soldats vaccinés et qu'aucun de ces dix-huit vaccinés typhoïsants ne mourut.

Bien mieux, pendant les huit premiers mois de l'année 1912 où la vaccination antityphoïde fut obligatoire, c'est-à-dire où un très petit nombre de soldats échappèrent à cette vaccination, ces quelques évadés fournirent 6 exemples de fièvre typhoïde, y compris le seul cas mortel de cette maladie constaté dans l'armée américaine en 1912.

Voici les faits remarquables que fait connaître l'ambassadeur de la République française à Washington, afin, dit-il, qu'on les utilise en France pour lutter contre la fièvre typhoïde au Maroc et dans les services de l'hygiène publique.

Vous n'ignorez pas qu'en ce qui concerne le Maroc, dans le mois de juillet 1911, le ministre de la Guerre, M. Messimy, avait pris la résolution et la responsabilité de faire installer cette vaccination préventive dans les confins Algéro-Marocains et qu'à Paris, le directeur de l'Hygiène publique est favorable à la propagation de cette méthode de prophylaxie qui a pris son essor dans notre pays le jour où vous lui avez accordé votre patronage.

Une question se pose maintenant : quel est le vaccin antityphoïde qui a donné de si satisfaisants résultats, dépassant toute espérance? Eh! bien, c'est purement et simplement, une culture pure *monovalente* de bacilles typhiques, stérilisée par le chauffage, c'est à dire le vaccin utilisé dans les armées anglaise, allemande, japonaise, celui dont l'efficacité a été établie en France, expérimentalement et pour la première fois il y a un quart de siècle. C'est aussi celui que j'ai fourni aux équipages de la flotte l'an dernier et où pas un des trois mille vaccinés ne contracta la fièvre typhoïde, tandis que cette maladie frappait cruellement les non vaccinés.

Les constatations venues de l'étranger, établies sans passion et sans parti pris, et celles recueillies dans notre armée navale, ne font pas seulement justice des critiques formulées contre l'efficacité du vaccin antityphoïde chauffé, elles ont une portée plus haute. Elles légitiment l'espérance que, grâce à ce vaccin efficace et inoffensif, la fièvre typhoïde disparaitra peu à peu des pays civilisés, comme le fait la variole.

Le Mécanisme de la Plique

Par le Docteur FRÈCHE

La cause de l'emmêlement inextricable des poils ou « plique » a donné lieu aux hypothèses les plus fantaisistes ou les plus diverses. Tout d'abord la plique fut considérée comme une maladie de sorcellerie, puis comme une manifestation du virus syphilitique ou lépreux, d'une âcreté rhumatismale. Plus tard, Alibert invoqua l'existence d'un virus particulier à la plique, le virus trichomatique.

Ces diverses vues de l'esprit furent remplacées ensuite par des explications d'allure plus scientifique. L'origine mycosique est invoquée par Walther, puis par Gunsburg et par Robin, qui décrivent successivement les spores de la plique, le trichomaphyte et le trichophyton sporuloïdes.

Enfin, reprenant les opinions de Daviesson et de Desgenettes qui déclaraient que cette soi-disant maladie était plus justiciable du perruquier que du médecin, Hebra, en 1850, proclame que la plique s'observe uniquement chez les gens qui négligent de peigner et de démêler leurs cheveux.

Cette dernière opinion parut prévaloir pendant un certain temps. Cependant comme elle ne pouvait être appliquée à tous les cas, qu'à côté de la plique due à la négligence, à la malpropreté, il existe un certain nombre de faits où la plique était survenue d'une façon rapide chez des sujets soigneux de leur personne, on fit intervenir un facteur nouveau, le système nerveux, et l'on établit deux divisions qui ont cours actuellement : 1°. la plique due à la malpropreté ; 2° la plique d'origine nerveuse.

La plique due à la négligence n'est pas contestable. Mais existe-t-il vraiment une plique nerveuse justifiée par les faits publiés?

Nous ne pouvons faire état des cas de plique aiguë d'ordre émotif dans lesquels le fait seul est mentionné, sans détails et que l'on trouvera dans l'intéressant travail de Méneau sur la plique (1). Tels, entre autres, le cas d'une vieille demoiselle prise subitement de plique pendant l'audition d'une messe dite pour le rétablissement de sa santé; celui d'une goitreuse dont la chevelure se plique en trois heures après avoir bu un verre d'hydromel.

Seules les observations, très peu nombreuses du reste, de plique nerveuse mériteront de nous arrêter. Mais avant de les interpréter, il sera utile d'exposer quelques faits qui permettront de mieux comprendre les conclusions qu'on peut en tirer.

Tout d'abord, on peut avancer sans risque d'être contredit que toute fibre végétale ou animale, fine, mince et flexible a une tendance à s'emmêler sous des influences mécaniques minimes, tel l'écheveau de fil de soie ou de laine. Si l'on renforce cette action mécanique, certaines fibres, la laine de mouton par exemple, se transforment en un feutrage très dense, très serré, inextricable. Dans l'industrie du feutre, l'action mécanique atteint son maximum dans un *milieu alcalin, de l'eau de savon*. La fibre est agitée avec du savon et très peu d'eau tiède. Cette action du savon doit être considérée également comme d'ordre mécanique. Le savon, en effet, rend la fibre plus glissante et lui permet de s'emmêler plus intimement avec les fibres voisines. La puissance de feutrage des laines est soumise aussi à d'autres conditions ; elle varie suivant la nature du mouton et suivant le pays d'origine. C'est ainsi que les laines de Buenos-Ayres foulent moins que celles d'Australie, mais mieux que celles de Hongrie. En général, une laine se feutre d'autant mieux qu'elle est plus fine et plus frisée. Une laine de mérinos foulera mieux qu'une laine d'alpaca qui ressemble au poil de chèvre. Mais ce sont là des causes adjuvantes, la principale étant, nous le répétons, une action mécanique dans un milieu savonneux.

Ce principe qui régit le feutrage des laines est-il applicable au poil humain? Oui. En effet, si on prend une touffe de cheveux chez un sujet quelconque et qu'on le savonne immédiatement avec une très faible quantité d'eau et de savon, on obtient en une ou deux minutes un feutrage serré, inextricable, qui reproduit exactement la plique. Une mèche de cheveux solidement attachée à une de ses extrémités se plique également mais moins facilement, parce que les cheveux n'ont pour s'emmêler qu'une extrémité libre. Enfin, si dans une mèche attachée à un bout on sectionne quelques cheveux au milieu de la masse, le feutrage est plus rapide.

Tout comme pour les laines, les cheveux fins et frisés se feutrent plus facilement.

Ces expériences semblent bien démontrer l'importance de l'action mécanique et du savon dans le feutrage des cheveux.

(1) MÉNEAU. — Considérations sur la plique, *Arch. cliniques de Bordeaux*, mars 1894.

D'autre part, nous nous sommes demandé si, dans certains cuirs chevelus à fonction glandulaire exagérée, les sécrétions sudorales, qui, même dans les cas où elles sont acides à l'émission, deviennent très rapidement alcalines, ne pouvaient pas en présence des corps gras des glandes sébacées donner lieu à du savon.

Nous avons donc fait examiner des produits de lavages de cuirs chevelus gras, hyperhidrosiques, faits avec de la benzine et il nous a été répondu que ces produits de traitement par la benzine contenaient de la matière grasse et du savon en quantité très appréciable.

Passant maintenant aux observations de plique neuropathique, nous relevons le cas rapporté par Pestonyi d'une jeune femme qui, deux jours après la cessation de ses règles, prend un bain et se lave la tête à l'eau chaude *additionnée de soude*. La plique apparaît. L'auteur note aussi de la céphalée et, bien qu'il n'existe pas de symptômes d'hystérie, il attribue la plique à l'influence du système nerveux, car, dit-il, l'administration de bromure de potassium a amélioré le mal de tête.

Une autre observation publiée par Jarochewski a trait à une jeune fille de dix-sept ans qui, un jour, après avoir trempé sa chevelure dans l'eau de neige et l'avoir lavée *avec du savon*, s'aperçut lorsqu'elle voulut passer le peigne dans ses cheveux que ceux-ci étaient complètement embrouillés, pliqués. La jeune fille avait présenté des troubles hystériques très marqués, tels que zones d'anesthésie, convulsions cloniques, etc.

Une observation de Ohmann-Dumesnil a pour but de montrer que la plique peut s'observer en dehors de la malpropreté. Nous ne retiendrons de la longue observation que la jeune fille fut prise brusquement d'une fièvre intense, de près de 40°, suivie d'une *sudation* extrêmement abondante. La malade est alitée et deux jours après les cheveux commencent à s'emmêler.

Dans le cas de W. Dubreuilh communiqué à Méneau et consigné dans le travail déjà cité, il s'agit d'une jeune femme atteinte d'accidents névropathiques variés qui vit les cheveux follets du côté droit de la nuque se feutrer en une corde dure, longue et grosse comme le doigt. Sans pouvoir l'affirmer, nous sommes en droit de nous demander si le savonnage, à l'occasion de la toilette du cou, ne pourrait pas être incriminé.

A ces observations j'en ajouterai une personnelle, celle d'un homme de quarante ans, exempt de toute tare névropathique, qui présenta de la plique axillaire. Un matin, après avoir procédé au savonnage des creux axillaires, cet homme s'aperçut que des deux côtés les poils étaient feutrés à leur extrémité par groupe de trois ou quatre, sous forme d'une petite boule indémêlable. Il coupa l'extrémité des poils ainsi enchevêtrés. Le lendemain même pliquage au niveau de poils voisins. Le phénomène se reproduisit ainsi à plusieurs reprises.

Bien que le sujet eût déjà l'habitude de se savonner les aisselles, la plique ne s'était montrée que du jour où il utilisa un gant de toilette mouillé, puis exprimé et enduit de savon. Le feutrage, nous l'avons vu, s'effectue plus facilement avec très peu d'eau. Antérieurement cet homme usait d'une éponge plus fortement chargée d'eau que le gant de toilette et les savonnages étaient moins prolongés et même faits à la hâte, en raison de l'écoulement de l'eau le long du thorax. Depuis, le malade, sur nos conseils, a pu voir se produire ou non la plique suivant qu'il se servait du gant ou d'une éponge.

On peut donc dire que s'il existe une plique due à la malpropreté, il en existe une autre *due à la propreté*. Mais y a-t-il place pour une plique nerveuse? Nous ne le pensons pas. Si on observe la plique chez des tarées nerveuses, chez les mélancoliques par exemple, c'est surtout avant leur entrée à l'asile. Dès qu'elles sont hospitalisées et que le peigne a fait son œuvre, la plique

ne se reproduit plus, malgré la persistance des troubles mentaux.

Je crois donc pouvoir conclure que dans tous les cas la plique est un phénomène purement mécanique facilité par un *milieu alcalin, un savon, quelquefois né sur place, par le manque de soins ou par des savonnages trop prolongés*, ainsi que par certaines conditions spéciales au cheveu ou au poil, sa finesse, son état frisé (1).

REVUE DE PATHOLOGIE

Considérations sur un cas de maladie de Raynaud

Par le Docteur Maurice DEVROYE
Interne des Hôpitaux de Bruxelles.

Dernièrement s'est présentée à l'Hôpital Saint-Pierre (service du professeur Bayet), une malade âgée de 25 ans qui, à notre interrogatoire, nous raconta les faits suivants :

L'affection, dont l'origine remonte à l'année 1906 environ et alors qu'aucun antre symptôme ne s'était manifesté antérieurement, se caractérisait au début par une teinte bleuâtre des doigts et des orteils qui devenaient de plus en plus froids. Ces symptômes sont allés en s'accentuant progressivement.

La teinte cyanotique se manifesta tout d'abord au niveau des deux premières phalanges du médius de la main droite, puis envahit les autres doigts correspondants, puis ceux de la main gauche et enfin les orteils.

Pendant le courant de la maladie, la patiente eut à souffrir de nombreux panaris très rebelles à la guérison.

Servante de son métier, notre malade éprouva une grande difficulté à travailler. Elle dut abandonner d'abord les besognes nécessitant une certaine adresse manuelle pour ne faire que le gros ouvrage ; les doigts avaient en effet augmenté de volume et ne permettaient plus que des mouvements fort limites.

En examinant la malade, nous avons constaté une cyanose très prononcée des extrémités seules. Les doigts et la main sont complètement bleus jusqu'aux poignets et même plus haut. On constate en même temps un œdème dur et assez volumineux des parties cyanosées.

Les orteils présentent le même aspect et les pieds, dans leur ensemble, sont augmentés de volume. La teinte bleue très intense au bout des doigts va en s'atténuant au fur et à mesure que l'on se rapproche de la racine des membres. Un examen plus attentif nous montre la même teinte au bout du nez, aux pavillons des oreilles et aux paupières qui sont également œdématiées. Si nous touchons les parties cyanosées, nous sommes immédiatement frappés par leur température froide qui rappelle la sensation que l'on éprouve lorsque l'on touche un cadavre. La température augmente d'ailleurs au fur et à mesure que l'on se rapproche du tronc et suit le degré de cyanose.

Les ongles sont très durs, cassants et presque tous sont adhérents au niveau de leur bord libre, lequel porte des traces de cicatrices semblables à celles que laissent en se guérissant les panaris ordinaires. D'autres laissent sourdre sous leur rebord ou à leur racine, un pus sanieux mais sans odeur fétide.

La malade se plaint de douleurs spontanées et de longue durée, surtout au niveau de l'insertion unguéale ; cependant, la pression ne provoque aucune douleur ; la sensibilité semble au contraire diminuée au niveau des parties atteintes.

L'analyse des urines a démontré la présence d'albumine, ce qui paraît démontrer que le rein lui-même est attaqué dans les parties les plus extrêmes de son système vasculaire. D'ailleurs, on constate à l'examen bactériologique, la présence de pus et une flore bactérienne très intense.

Nous nous trouvons donc en présence d'une maladie caractérisée simplement par de la cyanose acquise des extrémités.

On a divisé les cyanoses acquises en quatre catégories : classées d'après leur origine.

a) Par stase sanguine ;
b) Par déshydratation ;
c) Par altération de l'hémoglobine ;
d) Peut-être par hyperglobulie.

1° Les cyanoses acquises par stase sanguine apparaissent sous l'influence de lésions pulmonaires ou cardiaques mal. compensées. Notre malade ne présente à l'examen du poumon aucune lésion tant à la percussion qu'à l'auscultation. Le cœur bat régulièrement, se trouve à sa place normale et ne présente aucun signe d'insuffisance ou de rétrécissement mitral ou tricuspidien. Le pouls est à 72 et n'offre aucun caractère spécial.

2° Un autre type cyanique acquis est dû à la déshydratation causée soit par le choléra, soit par la dysenterie. Le sang s'était épaissi, il se produit de l'hypoglobulie et l'hématose devient difficile.

3° Une cyanose dite *entérogène* décrite par Stokvis serait d'origine toxique et provoquée par la pénétration dans la masse sanguine d'un poison intestinal qui aurait pour effet d'altérer l'oxyhémoglobine et de la transformer en metahémoglobine ou en une autre substance qui communiquerait au sang une teinte bleuâtre. Nous avons fait faire l'analyse du sang circulant de notre malade ; elle a démontré que l'hémoglobine était normale et se trouvait dans la proportion de 80 0/0 dosée par l'appareil de Fluschl.

Le nombre des hématies était de 4.200.000 par mm. cube. Il ne serait donc pas ici question d'origine entérogène ou d'altération de l'hémoglobine.

4° Enfin, Rendu et Widal ont attiré l'attention sur un syndrome spécial de splénomégalie tuberculeuse sans leucémie avec hyperglobulie et cyanose. Dans le cas qui nous intéresse, la rate a son volume normal : 3 à 4 cent. à la percussion et l'analyse du sang démontre qu'il n'y a pas d'hyperglobulie.

Reste donc, une seule forme de cyanose acquise, c'est le syndrome décrit par Raynaud et qui correspond bien à notre cas.

C'est bien, en effet, une cyanose localisée aux extrémités : mains, pieds, nez, oreilles, menton, sous une influence étiologique encore inconnue. Il s'agirait pathogéniquement d'un véritable angiospasme artériel périphérique. Le sang veineux stagne, puisqu'il ne reçoit plus l'impulsion suffisante à la chasse, le sang artériel étant partiellement arrêté.

La maladie de Raynaud n'est qu'un syndrome et non une entité pathologique. L'origine en est fort discutée et l'étiologie en est encore inconnue.

M. le professeur Bayet, en examinant de près la malade, a cru remarquer chez elle des symptômes d'hérédo-syphilis. De très petite taille : 1 m. 46, tout en étant bien proportionnée, elle présente au niveau des commissures labiales, des traces de cicatrices linéaires. Les *dents* sont atrophiques ou dystrophiques, en cupules ou striées ; les incisives sans présenter la caractéristique de la dent d'Hutchinson sont érosives ; les premières grosses molaires très courtes, les canines très peu développées. Un grand nombre de dents sont tombées ou cassées dans le jeune âge.

On ne remarque pas de lésions oculaires, cependant, la vue se fatigue très vite et la malade a déjà souffert de l'œil gauche qui était alors fortement congestionné.

Pas de lésions auriculaires ni de dystrophie cranienne. Les pavillons des oreilles sont aplatis et le rebord externe a complètement disparu. On y voit quelques légères cicatrices.

Nous avons encore relevé quelques traces cicatricielles dans la région lombo-fessière et dans la région postérieure des cuisses.

La malade nous dit ne jamais avoir eu de chancre ni de roséole. Les règles sont arrivées tardivement, à l'âge de 19 ans, et sont peu abondantes ; peut-être y aurait-il un rapprochement à faire entre la date de leur apparition et le début de la maladie.

Questionnée au point de vue de son hérédité, elle nous dit que son père, encore en vie, est atteint d'une maladie qu'elle ne connaît pas ; sa mère est morte après avoir longtemps souffert ; sept enfants sont morts nés ou en bas-âge ; cinq sœurs vivent et sont toutes de très petite taille.

La *réaction de Wassermann* faite dans le sang a été négative. Une ponction lombaire a retiré un liquide céphalo-rachidien clair, sans hypertension, ne coagulant pas par la chaleur et donnant une réaction de Wassermann négative. On n'y a pas trouvé de lymphocytose.

L'analyse du sang au point de vue des globules blancs a donné :

Leucocytes 9.200 par mm. cube.

Formule leucocytaire :

Lymphocytes et petits mononucléaires	25 0/0
Grands mononucléaires	4 0/0
Eosinophiles	1 0/0
Polynucléaires neutrophiles	70 0/0

Donc, une très légère lymphocytose non concluante. Malgré ces réactions biologiques négatives, nous n'avons pas le droit d'exclure l'hérédo-syphilis. Il existe, en effet, une catégorie décrite pour la première fois par Fournier sous le nom de syphilis héréditaire tardive, dont les lésions se manifestent au cœur de l'adolescence ou de l'âge adulte.

La plupart de ces malades n'ont pas ou n'ont plus, et cela se comprend aisément, les réactions qui dévoilent si bien la syphilis acquise et cependant un examen minutieux du malade peut souvent mettre sur la voie du diagnostic. Nous n'affirmons pas que cette malade soit une syphilitique héréditaire, nous ne pouvons en fournir les preuves réelles ; cependant, les cicatrices aux commissures labiales et aux fesses, la taille, les dents atrophiques, les antécédents héréditaires, l'apparition tardive des règles ne sont pas des symptômes à négliger.

D'ailleurs, il ne serait pas du tout surprenant que cet angiospasme artériel ne soit sous la dépendance d'une lésion syphilitique héréditaire ou autre ; car ne voyons-nous pas, aujourd'hui, que la syphilis peut être plus facilement découverte que la plupart des maladies des vaisseaux artériels, artério-sclérose, anévrismes, etc., sous la dépendance de cette affection.

La syphilis héréditaire tardive classe un grand nombre de manifestations très diverses et celles-ci peuvent englober tous les systèmes par des processus gommeux ou scléro-gommeux.

D'après Fournier, les plus fréquentes sont les affections oculaires, puis les lésions osseuses et cutanées, puis la gorge, le cerveau, les organes des sens, etc. ; pourquoi le système vasculaire ne viendrait-il pas s'intercaler dans la série alors qu'il tient une place si importante dans la syphilis acquise ?

Le *traitement* se résume à peu de chose. Une thérapeutique générale basée sur les excitants de la circulation et une thérapeutique locale basée sur la vaso-dilatation locale.

Nous avons essayé le traitement thyroïdien, qui n'a donné aucun résultat. L'iodure de potassium et la guipsine pourraient être essayés comme vaso-dilatateurs. Nous avons préconisé pour obtenir, la vaso-dilatation, le moyen physique, c'est-à-dire la chaleur sous forme de douches d'air chaud. Nous les pratiquons en séances journalières d'une demi-heure, en projetant l'air chaud sous forte pression sur les parties

(1) Soc. de méd. et de chirur. de Bordeaux.

cyanosées. Ces douches, chez notre malade, semblent avoir un heureux effet. An bout de 5 à 10 minutes d'application on voit la teinte bleue disparaître complètement pour faire place à une teinte rosée, accompagnée de sensation de chaleur et de transpiration. Ce phénomène persiste pendant 5 à 6 heures après chaque séance. Nous avons pu faire rétrocéder la gangrène et produire une atténuation notable des symptômes.

Une thérapeutique rationnelle sera dictée le jour où l'étiologie de cette affection sera bien définie.

REVUE DE BIOLOGIE

Une interprétation du rôle des diastases

Les divers aliments dont se nourrissent l'homme et les animaux (graisses, sucres, etc.) ne deviennent assimilables qu'après avoir été dédoublés par les diastases et ferments des sucs salivaire, gastrique, intestinal, etc. On peut d'ailleurs réaliser des digestions artificielles en chauffant à l'étuve dans de simples marmites les aliments additionnés de diastases. M. Daniel Bertbelot a réussi à reproduire ces digestions artificielles en l'absence de diastases et dans des conditions d'asepsie rigoureuse en irradiant, au moyen de vibrations ultra-violettes très rapides, les aliments placés dans des ballons de cristal de roche, seul milieu transparent à ces radiations pour lesquelles le verre même est opaque. Il en conclut que les ferments agissent non par leur substance, mais pas leur rythme vibratoire, ce qui peut expliquer que, contrairement aux réactifs théoriques ordinaires, ils transforment des quantités illimitées de matière sans s'user eux-mêmes.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Les exercices physiques dans le traitement des cardiopathies

Par M. le Docteur LEJEUNE
Médecin de régiment de 2me classe de l'armée belge

La question des exercices physiques mérite de retenir toute l'attention du thérapeute, car le repos absolu et l'immobilité prolongée mènent à l'obésité, qui est si préjudiciable aux cardiaques. D'une façon générale, l'exercice ne devra être ni trop violent ni trop prolongé, mais plutôt lent et coupé de temps d'arrêts. Il sera bon de ne pas le commencer pendant la période de digestion. On recommandera avant tout la marche prolongée pendant une heure et demie à deux heures, mais le malade aura soin de ne pas la pousser jusqu'à la fatigue et de s'arrêter, sitôt qu'il sentira l'affaiblissement arriver.

Les exercices plus violents, certains sports particulièrement, sont très discutés. En tout cas, on prohibera sans réserve les ascensions, le foot ball, la nage, l'escrime, la gymnastique, la course et, évidemment, l'aviation.

Le docteur Vaquez est seul à autoriser l'équitation ; les docteurs Rénon et Barié proscrivent absolument ce genre de sport.

Peut-on permettre le cyclisme et l'automobilisme? Ce sont deux points sur lesquels de nos jours le médecin sera souvent consulté.

La question de savoir si un cardiopathe peut faire du cyclisme a été longuement discutée à l'Académie de Médecine de Paris, principalement par Lucas-Championnière et par Marey.

Le regretté docteur Huchard la résume comme suit : « Le cyclisme sera formellement interdit aux angineux, aux aortiques et aux cardio-artériels atteints de dyspnée toxique. Cette défense, quoiqu'elle vise alors des accidents beaucoup moins graves, est également applicable aux cardio-vasculaires, surtout lorsqu'ils auront déjà présenté quelques troubles de compensation.

» La bicyclette doit être surveillée dans les affections valvulaires bien compensées et, surtout, lorsque les malades présentent des signes d'imperméabilité nasale. Parmi les maladies valvulaires, le rétrécissement mitral, affection dyspnéisante par excellence, offre le plus souvent une contre-indication à l'usage de la bicyclette. Les intermittences et les faux pas du cœur ne sont pas une contre-indication absolue, puisque ces altérations du rythme cardiaque sont souvent indépendantes d'une lésion quelconque de l'organe, mais il faut faire une exception pour la forme arythmique de la cardio-sclérose. »

Tous les médecins ne se rallient pas à ces dernières conclusions du docteur Huchard. Je ne vois aucun avantage à l'emploi de la bicyclette, écrit le professeur Rénon ; j'y vois au contraire tous les inconvénients, tels que la mise en évidence d'une cardiopathie latente ou le réveil d'une affection cardiaque bien compensée. Cependant, à la très grande rigueur, l'usage modéré pourrait être tenté à deux conditions : la première c'est de rouler en terrain plat avec un petit développement n'excédant pas cinq mètres ; la seconde, c'est de ne jamais faire de montée à moins de l'emploi, par changement de vitesse, d'un développement de trois mètres sur une machine à rétropédalage. Et encore, devez-vous recommander une prudence extrême et constater vous-même les effets de ces exercices !

Nous abordons maintenant la question de l'automobilisme. Sans aucun doute, si le malade doit conduire lui-même, il faut absolument défendre ce genre de locomotion, car la tension d'esprit nécessaire à éviter les obstacles et le déplacement de l'air produit par le véhicule peuvent produire des accidents aigus. Par contre, il n'y a nul inconvénient à monter dans une voiture fermée bien suspendue et dont le moteur ne trépide pas.

Avant de clore ce chapitre, donnons un rapide aperçu de la méthode d'Œrtel appliquée à la cure des cardiopathies.

Cette méthode comprend dans ses grandes lignes : la mise en œuvre d'un régime particulier, de bains de vapeur, de massage et, enfin, de marches méthodiques en montagne, constituant la cure de terrain. Les deux points capitaux auxquels elle prétend répondre sont les suivants : tout d'abord, c'est que les effets fâcheux des cardiopathies sont éloignés par l'hypertrophie compensatrice et que celle-ci ne peut être obtenue qu'en raison du travail qui sera donné au cœur, d'où la nécessité de le faire travailler par des exercices méthodiques ; ensuite, c'est qu'il faut, pour assurer un bon travail, supprimer la surcharge graisseuse et aussi la trop grande quantité des liquides contenus dans l'économie, liquides qui entretiennent les stases veineuses.

Pour l'application de cette méthode, dans des endroits choisis dans ce but, on a divisé le terrain par sections, avec toutes les indications nécessaires : points de repos, bancs, poteaux, etc., afin que les malades exécutent les marches prescrites, qui comportent généralement, deux ou trois fois par jour, trois à quatre mille pas, dont une partie est faite en ascension.

D'après Œrtel, qui a expérimenté la méthode sur lui-même, on ramène ainsi l'énergie de la contraction cardiaque, on augmente la masse du sang dans les artères, on soulage les veines, on combat la stase sanguine, on favorise la respiration et on diminue l'obésité.

Quoique d'origine assez récente, cette méthode a déjà beaucoup vieilli ; elle a été très critiquée en France et même en Allemagne. Des savants comme Bamberger, Leyden et Liebermeister, sont d'avis qu'elle ne peut être appliquée qu'à un certain nombre de malades ; c'est qu'en effet, chez beaucoup d'entre eux, l'emploi systématique des bains de vapeur et des marches méthodiques, favorise la dilatation du cœur.

La conclusion pratique, c'est que la méthode est utile dans les névroses cardiaques, chez les malades porteurs de lésions bien compensées et chez les cardiaques obèses ; par contre, elle doit être absolument rejetée dans les cas d'endocardite récente, dans l'artério-sclérose avancée, dans l'angine de poitrine grave, dans les états hyposystoliques ou asystoliques et, enfin, dans les dégénérescences graisseuses du myocarde.

On n'aura garde, en tout cas, d'accepter la méthode dans ce qu'elle a d'excessif : on se bornera à conseiller aux cardiaques la marche lente et graduée sur pente douce à condition de faire cette marche en état d'expiration retenue, ce mode de respiration ayant pour effet d'empêcher le cœur de se dilater beaucoup et n'augmentant pas trop son travail.

On emploiera de même avec la plus grande prudence la méthode de Ling, comportant des mouvements passifs avec massage des membres et du tronc, de même que la méthode des frères Scott (de Nauheim) constituée par des séances de mouvements minutieusement réglés avec résistance du sujet, et par des bains salins. Ces procédés trouveront surtout leur emploi dans les névroses cardiaques et dans l'adipose myocardique ; utilisés dans les affections valvulaires, ils risquent parfois d'amener une rupture de la compensation.

Les affections cardiaques, soit congénitales, soit acquises, ne sont pas rares chez les enfants ; les considérations qui précèdent leur sont en tous points applicables. On se montrera même beaucoup plus sévère à leur endroit, si on se rappelle que, chez l'enfant, une affection cardiaque qui n'est pas congénitale est susceptible de guérir complètement, contrairement à ce qui existe pour l'adulte.

REVUE DE CHIRURGIE

L'examen de la vessie dans les cancers du col utérin (1)

En présence d'un cancer du col utérin, avant de se décider à pratiquer une hystérectomie, il est nécessaire de s'assurer que l'on peut faire une ablation complète du néoplasme, sous peine d'exposer la malade à une opération comportant des risques immédiats réels et ne devant donner, en cas de succès immédiat, aucun résultat antérieur.

Aussi faisons-nous tous un palper bimanuel minutieux, de manière à préciser le volume, l'étendue, les connexions du néoplasme.

Personnellement, nous ne négligeons jamais de faire suivre l'examen bimanuel habituel du toucher rectal, ce dernier permettant, à notre avis, mieux que le toucher vaginal, de se rendre compte de l'état de la base des ligaments larges et de constater les infiltrations dont ces derniers peuvent être le siège. Par ces diverses explorations il est toutefois difficile de préciser d'une manière exacte le degré d'extension du néoplasme en avant, en particulier vers la vessie, et même souvent l'existence des compressions urétérales.

Aussi, avons-nous engagé notre ancien interne, M. Cruet, à étudier la vessie des femmes atteintes de cancer utérin et à rechercher si l'étude des troubles fonctionnels ou l'examen cystoscopique de l'organe permettait d'acquérir des notions utiles au point de vue que nous envisageons.

C'est le résultat de ces constatations que nous a apporté M. Cruet et sur lesquelles vous m'avez chargé de faire un rapport. La question n'est pas absolument neuve. Déjà en Allemagne Winter, puis Zangemeister, Winckel, Barringer,

(1) Rapport de M. le Professeur Henri Hartmann sur un travail présenté à la Société de Chirurgie par M. le Dr Pierre Cruet.

Schauta, Hannes, Fromme ont apporté d'importants documents sur cette question. Elle n'a été toutefois que peu étudiée en France ; les observations de M. Cruet méritent donc de nous arrêter un instant.

L'étude des *troubles fonctionnels* lui a montré que, sur 26 cas du cancer du col, 7 ne présentaient aucun trouble fonctionnel ; les 19 autres avaient de la *pollakiurie*, le plus souvent légère, avec urines claires ; deux fois il y avait des symptômes nets de cystite et dans un seulement de ces deux cas des urines troubles. Et cependant 17 de ces 26 cas avaient déjà dépassé les limites de l'opérabilité. Il n'y a donc pas grand'chose à tirer de l'étude des troubles fonctionnels.

La *cystoscopie* fournit, au contraire, des résultats beaucoup plus intéressants.

Une des premières modifications à signaler est le *bombement du plancher vésical* repoussé en avant par le néoplasme. Le siège de ce bombement varie avec celui de la tumeur. Dans les cancers intra-cervicaux haut situés, il répond à la portion rétro-trigonale, la saillie du muscle inter-urétérique limitant en bas la voussure. Dans les néoplasmes envahissant l'insertion cervicale du vagin et la paroi antérieure de ce dernier, le bombement s'accentue par en bas, soulevant le trigone qui s'étale sur la partie inférieure de la voussure. Lorsque le bombement est limité à la région du trigone, les orifices urétéraux sont rejetés sur les parties latérales et supérieure de la voussure.

Ces voussures intra-vésicales peuvent ne s'accompagner d'aucune modification de la muqueuse ; le plus souvent, en même temps qu'il soulève la paroi vésicale, le néoplasme détermine des *modifications circulatoires*. Ce peut être une simple vascularisation anormale, caractérisée par la saillie plus prononcée des vaisseaux gorgés de sang, par leur multiplication apparente due à ce fait que les fines arborisations normales deviennent plus facilement visibles ; mais toujours les vaisseaux gardent leur disposition radiée à point de départ cervical, toujours ils sont plus nombreux au niveau du trigone et des orifices urétéraux, régions où l'on voit quelquefois des suffusions hémorragiques.

Une deuxième lésion que signale M. Cruet est la *formation de plis* allongés dans le sens transversal, apparaissant sous forme de bandes lumineuses, bien éclairées par la lampe du cystoscope et séparées par des zones d'ombre intense. Ces plissements sont surtout fréquents en arrière du muscle inter-urétéral.

Le bombement vésical s'accompagne assez souvent d'*œdème*. Celui-ci peut se présenter sous diverses formes : il peut être diffus, soulevant en masse la muqueuse vésicale rosée et transparente qui forme alors un relief arrondi, donnant, suivant l'expression de Fromme, l'aspect d'un coussin. D'autres fois, il forme de larges plis parallèles, l'œdème infiltrant alors une vessie déjà déformée par la formation de plis. On peut enfin observer l'œdème bulleux, qui apparaît surtout au niveau du trigone et a été bien décrit par Kolischer. On voit alors des vésicules claires de dimensions variables, d'une tête d'épingle à un grain de raisin. Entre des grappes de bulles d'œdème il n'est pas rare de constater de petites ulcérations rougeâtres, à bords irréguliers, superficielles et des fausses membranes quelquefois libres, quelquefois rattachées par un pédicule aux bords de ces ulcérations.

Enfin, on peut constater au cystoscope l'*envahissement direct de la muqueuse par le cancer*. Celui-ci se présente an début sous forme de petites granulations blanchâtres, lisses, incrustées dans la muqueuse, de la grosseur d'une tête d'épingle. A un degré plus avancé on peut trouver des noyaux, ayant le volume d'un petit pois, que leur opacité et leur dureté au contact du cystoscope différencient nettement des saillies de l'œdème bulleux. Enfin, la pénétration du cancer dans la vessie peut aboutir à la production d'une ulcération ou à la pénétration d'un bourgeon cancéreux friable et saignant.

Telles sont les diverses lésions vésicales que le cystoscope permet de constater dans les cas de cancer du col utérin. *Est-il possible de tirer de ces examens cystoscopiques des conclusions au point de vue de l'opérabilité.*

Schauta le conteste. Il semble cependant qu'on puisse tirer de ces examens quelques indications. L'absence de toute modification de la vessie permet d'affirmer que l'on ne rencontrera aucune difficulté opératoire de ce côté. C'est là une donnée admise par Winter, Zangemeister, Hannes, Fromme et que confirme M. Cruet.

La constatation d'un envahissement carcinomateux de la muqueuse contre-indique toute opération radicale.

L'existence d'un bombement intravésical a une importance plus discutable. Une légère voussure sans modification de la muqueuse ou même avec une vascularisation légèrement anormale n'a pas d'importance. Au contraire, un bombement accentué avec suffusions hémorragiques, formation de plis, lésions œdémateuses, a un gros intérêt. Il n'indique pas nécessairement l'existence d'un envahissement cancéreux de la paroi vésicale, mais il fait tout au moins soupçonner la propagation d'un processus inflammatoire péricancéreux et permet, par conséquent, de prévoir des difficultés opératoires. A cet égard, une des observations relatées par M. Cruet est particulièrement intéressante. Il s'agissait d'une malade de mon service, chez laquelle l'examen cystoscopique avait fait constater une voussure très accentuée du plancher vésical, compliquée d'œdème diffus tendant à prendre la forme d'œdème bulleux autour de l'orifice urétéral droit. L'opération faite par mon assistant, M. Lecène, fut difficile ; on dut réséquer les couches les plus superficielles de la paroi musculaire de la vessie.

L'examen histologique d'une coupe verticale et antéro-postérieure du col, du cul-de-sac vaginal antérieur et de la gangue scléro-adipeuse inter-utéro-vagino-vésicale montra les particularités suivantes :

La masse néoplasique forme un bloc qui semble s'arrêter suivant une ligne ondulée ; dans le tissu scléreux qui lui fait suite, on trouve encore quelques îlots de cellules cancéreuses ; mais plus loin ces îlots disparaissent, la gangue scléreuse s'éclaircit, devient scléro-œdémateuse, il n'y a plus trace de cellules cancéreuses.

Cette observation montre donc que les lésions vésicales étaient dues simplement à la propagation d'un processus inflammatoire chronique péri-cancéreux sans envahissement épithélial. Il n'en persiste pas moins ce fait, qu'elles avaient fait prévoir des difficultés opératoires réelles.

En analysant ses propres observations et les rapprochant de celles antérieurement publiées par d'autres chirurgiens, M. Cruet arrive aux conclusions suivantes :

Le bombement du plancher vésical, simple ou compliqué de troubles circulatoires légers (circulation anormale, suffusions hémorragiques, rougeur diffuse), n'a aucune importance au point de vue opératoire.

La formation de plis accentués et de vallonnements du plancher vésical indique l'existence d'adhérences serrées, presque toujours inflammatoires, importantes cependant parce qu'elles amènent des difficultés dans le décollement et sont souvent l'occasion de lésions urinaires au cours de l'intervention.

La présence d'un œdème diffus à larges plis parallèles ou bulleux coexiste dans la plupart des cas avec des adhérences très serrées, pouvant être de nature néoplasique et doit par conséquent faire hésiter le chirurgien.

Un dernier point mérite encore d'attirer notre attention : l'*examen des orifices urétéraux*. Les uretères peuvent être entourés, comprimés, envahis même par le néoplasme. Le cystoscope permet :

1° De voir les modifications d'aspect des orifices urétéraux, des lésions orificielles, qui marchent ordinairement de pair avec celles du plancher vésical ;

2° De préciser les troubles fonctionnels apportés à l'évacuation urétérale.

Les modifications d'aspect des orifices urétéraux ne nous retiendront pas ; elles sont semblables à celles du plancher vésical que nous avons déjà étudiées. Disons cependant que Zangemeister et surtout Fromme insistent beaucoup sur la saillie des orifices urétéraux, tuméfiés, œdémateux, ressemblant à un volcan ; sur onze malades présentant cet aspect de l'orifice urétéral, Fromme dut faire dix fois une dissection difficile de l'uretère.

L'étude de l'éjaculation urétérale est encore plus importante.

Elle montre, nous dit M. Cruet, dans les cas de compression urétérale, un retard dans l'éjaculation qui survient souvent ensuite plus violente, une irrégularité dans ces éjaculations, quelquefois des spasmes orificiels sans éjaculations réelles. Ces constatations sont importantes, car elles font penser à des difficultés dans la libération de l'uretère, à son envahissement possible.

Au contraire, dans quelques cas, l'absence de ces signes de compression urétérale a permis de rattacher l'induration d'un cul-de-sac perçue au toucher, soit à une lésion annexielle, concomitante, soit à une gangue inflammatoire peu serrée, et a fait prévoir une opération plus simple qu'on ne l'aurait supposée d'après les données du palper bimanuel.

M. Cruet développe tous ces points dans son mémoire avec observations à l'appui. Dans le rapport que je vous ai apporté, j'ai simplement cherché à mettre en relief les points principaux et à attirer votre attention sur cette question, avec l'espoir que d'autres continueront ces recherches et que, dans l'avenir, les données déjà acquises se préciseront.

REVUE DE PÉDIATRIE

Le Cri chez l'Enfant

Récemment, M. le docteur Rousseau Saint-Philippe (de Bordeaux) a publié une étude clinique des plus intéressantes sur le cri chez les enfants.

D'après ses observations, les origines du cri sont externes ou internes.

Les cris d'origine externe, note-t-il ; sont dûs soit à des piqûres d'insectes — puces, poux, punaises — ou d'épingles mal placées ; soit à la compression par les vêtements, à des linges mouillés, à des brûlures par des bouillottes, par les urines ou par les selles ; à un froid trop vif ou à une chaleur suffocante, à la chaleur surtout.

Quant aux cris d'origine interne, leur explication est parfois difficile à trouver. La première idée qui doit venir à l'esprit devant un enfant qui pleure ou plutôt qui crie avec insistance — après élimination des causes banales — c'est qu'il a faim, c'est qu'il n'a pas tout son saoûl. Ce cri ne se produit que lorsque l'heure réglementaire de son repas arrive et il est calmé dès qu'on le met au sein. Que s'il se retire impatiemment du sein et qu'il se remette à crier, c'est qu'il n'est pas satisfait, c'est qu'il ne trouve pas assez de lait : ou bien alors c'est autre chose. La recherche de la pesée, après la tétée, fera bien vite la démonstration.

Après la faim — et peut être aussi la soif, à laquelle on ne croit pas assez — c'est à la colique dyspeptique qu'il faudra songer, à cette colique

que les mères mal renseignées augmentent en l'attribuant faussement au besoin de prendre : ses caractères principaux sont la brusquerie de l'apparition et la cessation soudaine quand le ventre a été remué ou massé ou qu'il y a eu expulsion de gaz ou d'une selle soit naturelle, soit provoquée. Si le cri est dû à la miction elle-même, à une miction douloureuse, on comprend qu'il cesse lorsque cette miction douloureuse, est terminée pour recommencer avec cette dernière.

Mais lorsque les troubles digestifs s'aggravent, que l'entérite s'établit, que la cholérine survient, c'est par de véritables cris de souffrance, de douleur vive que l'enfant traduit son malaise. Dans l'athrepsie, au dire de Parrot, ce signe est pathognomonique et même, si les autres font défaut, il suffira pour la faire reconnaître. C'est l'appel, le cri de détresse, le cri d'angoisse plaintif et déchirant. C'est alors la manifestation d'une supplication profonde et intense de la vie qui s'épuise.

Après avoir rappelé les accidents innombrables qui peuvent provoquer le cri chez l'enfant : dentition, affections locales de la peau, des os, du système nerveux, etc., l'auteur rappelle le travail de M. Sisto sur le cri des enfants débiles qui sont atteints de syphilis héréditaire.

Le docteur Genaro Sisto, de Buenos-Ayres, a eu le grand mérite, et lui le premier, de découvrir et d'indiquer que c'est la *syphilis héréditaire* qui engendre ces cris interminables, troublants et désolants jusqu'au moment où on les combat par le traitement spécifique. C'est donc elle, la syphilis héréditaire, que nous devons incriminer quand, sans cause appréciable par ailleurs, nous voyons un enfant crier, avec persistance.

L'immense majorité de ces enfants ont d'autres signes de syphilis ; mais il en est d'autres qui ne présentent, sauf *l'état stationnaire du poids*, rien autre que ce monome symptomatique, et c'est ce qui est intéressant à savoir, parce que, dans l'étiologie des « cris infantiles », il y aura désormais une bonne place à réserver à la syphilis cérébitaire — et peut-être atavique — celle-ci étant, au dire de Barthélemy, souvent monosymptomatique.

En résumé, on peut établir :

1° Que le cri de l'enfant est une manifestation dont il faut tenir le plus grand compte ;

2° Que le cri offre des caractères extrêmement variables dans sa tonalité, dans sa durée et dans sa force : qu'il faut en étudier ces caractères avec soin pour tâcher d'arriver à en comprendre et en traduire le sens ;

3° Que les causes provocatrices du cri sont aussi très nombreuses, qu'elles peuvent se résumer en la triple formule de la faim, du malaise et de la douleur, mais qu'elles peuvent être provoquées aussi par la syphilis héréditaire, mal souvent obscur et silencieux ;

4° Qu'il importe de poser le diagnostic — le diagnostic par exclusion — avec la plus grande exactitude possible de manière à instituer sans retard le traitement naturel et pathogénique.

REVUE D'EUGENIQUE

La Fragilité apparente des garçons

Les statisticiens admettent comme démontré que, dans l'espèce humaine, les garçons meurent en plus grande quantité que les filles, à quelque moment de la vie que ce soit. Ils s'étaient, en effet, aperçus, en examinant la statistique portant sur la France que, parmi les morts-nés, il y a plus de garçons que de filles et ils expliquaient ce fait en considérant le sexe mâle comme le plus fragile.

MM. A. Pinard, Professeur à la Faculté de médecine et A. Magnan, docteur ès-sciences, possédaient à la clinique Baudelocque les documents nécessaires pour résoudre le problème de façon indiscutable. Ils ont étudié ces documents recueillis pendant 20 ans, de 1891 à 1911, et portant sur 50.000 accouchements. Ils ont recherché le nombre des enfants morts et ont trouvé pour les 20 ans :

1.934 garçons — 1.584 filles

Il meurt donc, en effet, plus de garçons que de filles. Il faut ajouter que le fait est vrai aussi si l'on considère les chiffres année par année. Mais tous ces enfants comprennent ceux qui sont depuis le début de la grossesse jusqu'à la sortie des mères de la clinique, en général de 6 à 11 jours après l'accouchement. Les enfants se classent en trois séries de la façon suivante :

1° Enfants morts pendant la grossesse : 618 garçons, 611 filles ;

2° Enfants morts pendant l'accouchement : 1.107 garçons, 851 filles ;

3° Enfants morts après l'accouchement : 867 garçons, 612 filles.

On peut donc conclure : 1° que pendant la grossesse, il ne meurt pas plus de garçons que de filles ;

2° Par contre, il meurt plus de garçons que de filles pendant et après l'accouchement. Quelle est la raison de ce dernier fait ?

MM. Pinard et Magnan ont pensé alors à rechercher le poids des enfants. Ils ont trouvé :

1° Enfants morts pendant l'accouchement : Garçons, 2.779 grammes ; filles, 2.542 grammes.

2° Enfants morts après l'accouchement : garçons : 2.209 grammes ; filles : 2.040 grammes.

Il ressort donc de leur étude que les garçons sont plus gros que les filles. Ces différences de poids sont la cause de la plus grande mortalité des enfants du sexe mâle. En effet, pendant l'accouchement, l'enfant souffre, car il doit résister à un fort traumatisme. Les garçons étant plus gros subissent une compression plus intense en passant dans les voies génitales. Ils meurent alors plus facilement pendant ou aussitôt après l'accouchement, et cela par suite de leur plus gros poids et non parce que le sexe mâle est plus fragile. Comme depuis 20 ans le cherche Pinard, en améliorant le traumatisme obstétrical, on peut espérer que les garçons résisteront aussi bien que les filles et qu'il n'en mourra pas plus.

REVUE D'HYDROLOGIE

La durée du séjour aux stations thermo-minérales

Par M. le Docteur G. SIGURET

Les préjugés relatifs à l'usage des eaux minérales sont nombreux. Beaucoup dominent encore non seulement l'esprit du public, mais aussi l'esprit du corps médical : ainsi l'idée des 21 jours assignés d'une manière uniforme pour la durée du traitement thermal. Il n'est pas, croyons-nous, un crénothérapeute qui n'ait eu entre les mains une ou plusieurs ordonnances où les médecins traitants conseillaient une saison thermale de 21 jours, et ce pour des malades très différents.

Nombreux cependant sont ceux qui ont essayé de battre en brèche cette hérésie funeste à la science hydrologique, aux stations, aux médecins, aux malades.

Déjà en 1837, Palissier écrivait dans son Manuel des Eaux minérales : « Pour déterminer la durée du séjour aux sources minérales, il faut avoir égard à l'âge, au sexe, au tempérament, à la maladie, à l'état actuel du malade et à l'action plus ou moins prompte des eaux sur certains sujets. » Trente ans plus tard, Antoine Bordeu proclamait qu'il est « ridicule de fixer le temps pendant lequel on doit user d'eaux qui quelquefois n'agissent qu'à la longue ». Enfin, deux ans après, la Société d'hydrologie condamnait la pratique d'uniformité de durée pour les saisons. Malheureusement, cette condamnation eut peu d'écho dans la presse médicale, et c'est pourquoi nous ne devons pas nous étonner de trouver encore, de nos jours, des confrères qui, de très bonne foi, imposent à leurs malades trois semaines de traitement thermal. Quand vous demandez à ces confrères : mais pourquoi trois semaines ? bien peu vous donnent une réponse. C'est, qu'en réalité, ils ignorent les raisons qui ont présidé à l'installation d'une telle pratique.

Ces raisons, il faut bien le dire, sont assez mystérieuses. Peut-être pourrait-on invoquer la doctrine des crises. D'après les médecins du XVIIIe siècle, toute maladie devait se guérir en trois septénaires. Mais la théorie des crises et des jours critiques fut surtout appliquée à la marche des maladies aiguës et il semble bien qu'elle n'ait rien à voir dans la médecine thermale, qui traite principalement les maladies chroniques. Au contraire, la durée de l'époque intercataméniale nous semble bien avoir été l'origine des 21 jours de cure. L'application, faite tout d'abord aux femmes, s'est généralisée peu à peu.

Quoi qu'il en soit, nous estimons qu'il y a danger à laisser subsister une telle erreur, et en terminant, nous demandons à ceux qui nous auront lu de ne jamais fixer la durée du traitement thermal, car en agissant de la sorte ils paralysent l'initiative des hydropathes et nuisent aux eaux minérales dont les malades accusent l'impuissance, alors qu'ils ne devraient accuser qu'eux-mêmes et leur maladroite précipitation.

REVUE DE DIÉTÉTIQUE

L'alimentation des cardiaques

Par M. le Docteur LEJEUNE

Médecin de régiment de 2me classe de l'armée belge

On conçoit facilement toute l'importance du régime alimentaire chez le cardiaque, si l'on réfléchit un instant que d'une mauvaise alimentation, peuvent résulter des troubles gastriques, hépatiques, rénaux, dont la répercussion sur le cœur est pour ainsi dire fatale. Beaucoup de crises asystoliques, dit Huchard, surviennent à la suite d'excès et surtout d'erreurs dans l'alimentation, l'organisme étant alors saturé de toxines alimentaires et de matières extractives. Ces produits de déchet diminuent l'élasticité des vaisseaux qu'ils empâtent petit à petit et mettent le système artériel en état de spasme plus ou moins permanent. Tout cela augmente les difficultés et la fatigue qu'éprouve le cœur, dont la musculature aussi altérée s'efforce de faire circuler la masse sanguine à travers les vaisseaux contracturés et peu élastiques.

Si les malades de l'hôpital deviennent fréquemment asystoliques à la suite de surmenage physique, dit le Dr Vaquez, les malades de la ville, par contre, manifestent de la même façon les effets de l'intolérance cardiaque à la suite d'un écart de régime ; ce mot ne cache pas, comme on pourrait le croire, un excès ou un abus quelconque, mais parfois une simple erreur ou un oubli. C'est ainsi que la littérature médicale rapporte des cas où des malades, atteints de lésions orificielles, ont présenté de véritables accès d'asystolie pour avoir absorbé tout simplement des aliments de nature indigeste.

La conclusion que l'on peut tirer naturellement de tout ceci, c'est que dans toutes les cardiopathies, mais plus encore dans les vasculaires que dans les valvulaires, il faut instituer un régime d'où sont exclus les aliments plus ou moins riches en ptomaïnes et en matières extractives et, en général, tous ceux qui peuvent élever la pression artérielle.

Par conséquent, on proscrira les viandes faisandées, les ragoûts, les condiments, le thé, le café, les boissons distillées, les boissons fermen-

tées contenant une quantité notable d'alcool, le bouillon, les conserves, les fromages avancés, les charcuteries, les viandes et les poissons gras. Les malades éviteront en outre certains aliments comme les pâtes et les farineux, les sucreries et les pâtisseries, susceptibles de déterminer la distension gazeuse de l'estomac et comme conséquence, des palpitations pénibles et de la dyspnée par refoulement du cœur.

Le régime déchloruré a-t-il quelque importance dans la période de compensation? Telle est la question que nous allons examiner.

Dans ses conférences pratiques sur les maladies du cœur et des poumons, le professeur Rénon expose comme suit la question de la cure du déchloruration : « La rétention des chlorures est la règle chez les cardiaques, si les malades sont œdématiés et même s'ils ne le sont pas, car l'œdème par rétention chlorurée, avant de devenir très apparent, infiltre d'abord les tissus profonds. C'est le préœdème de Widal et de Javal que l'on décèle par la balance. En pesant le malade, on le voit augmenter de poids sans œdème apparent, car il existe un rapport net entre le développement d'un œdème et l'augmentation de poids. La balance décèle donc ce préœdème, véritable œdème histologique, précurseur de l'œdème patent et évident. Par conséquent, conclut le Dr Rénou, la cure de déchloruration doit être utilisée dans tous les cas, avec ou sans œdème, avec ou sans infiltration séreuse, où la recherche du bilan des chlorures prouvera l'existence de la rétention chlorurée. C'est dire qu'elle sera instituée dans les cardiopathies où Widal, Achard, Merklen et Vaquez ont bien montré son action suspensive. »

Le docteur Barié abonde dans le même sens que le professeur Rénon et dit que la rétention des chlorures ne serait pas seulement l'apanage de la défaillance confirmée du système cardiovasculaire et qu'elle existerait bien avant la période d'asystolie.

Tous ces thérapeutes, qui font autorité en pathologie cardiaque, sont donc unanimes pour donner à leurs malades des aliments peu salés naturellement ou artificiellement ; ils proscrivent d'une manière absolue l'usage des salaisons et de tous les poissons de mer indistinctement, y compris les mollusques et les crustacés.

Le régime des cardiaques découle tout naturellement des considérations qui précèdent : il sera substantiel, en même temps que tonique.

Les repas devront être au nombre de trois, et celui du soir sera très léger, si on ne veut pas ajouter l'intoxication alimentaire vespérale à l'intoxication physiologique de l'organisme, qui est à son maximum pendant la nuit.

Le menu du repas de la journée se composera donc, pour le matin, de lait avec pain grillé et beurré. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, le cacao et le chocolat sont très mal supportés par les cardiaques, parce qu'ils déterminent la distension gazeuse de l'estomac. Le repas principal aura lieu à midi et on y fera figurer des potages maigres, de la viande rouge ou blanche, plutôt rôtie et bien cuite, et en très petite quantité des céréales, des légumes herbacés préparés de préférence sous forme de purée, des fruits bien mûrs ou des fruits cuits, du fromage frais. Si vous êtes embarrassé pour le choix des mets, dit le professeur Rénon, recourez aux livres de cuisine végétarienne et vous y trouverez une série de ressources insoupçonnées. Le souper se composera d'œufs, de légumes, de lait ; la viande sera proscrite à ce repas.

On recommandera au malade de manger lentement et de bien mastiquer ses aliments. Les voies digestives seront attentivement surveillées et on les aidera, en cas de besoin, par l'emploi des sucs gastriques artificiels.

Quant à la boisson, elle se composera de bière légère, d'eau coupée d'un peu de vin, ou tout simplement d'eau pure.

La quantité d'aliments ou de boissons que le cardiopathe peut absorber à chaque repas n'est pas indifférente. Il n'est pas seulement peu sage mais il est encore dangereux, pour les malades de cette catégorie, de prendre en une fois de grandes quantités de nourriture ou de boisson. Outre la gêne de la digestion, qui est difficile par suite d'une circulation peu active, la distension de l'estomac peut par pression sur le cœur droit, causer un embarras cardiaque fatal, et les cas ne sont pas rares dans lesquels ce résultat suit l'ingestion d'un excès de nourriture ou de boisson chez un cardiopathe.

Pour clôturer ce chapitre de l'alimentation, disons qu'on ne devra pas oublier les prescriptions relatives à l'hygiène de l'intestin. On sait que la constipation détermine, chez les bien portants eux-mêmes, des accidents de nature diverse, mécaniques ou toxiques, qui peuvent parfois présenter une réelle gravité. Chez les cardiaques, les troubles qui en résultent peuvent avoir des conséquences plus nuisibles encore ; aussi, aura-t-on soin d'en prévenir les effets.

REVUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Prophylaxie des maladies oculaires d'origine professionnelle

Par M. le Docteur GINESTOUS
Oculiste de l'hôpital suburbain de Bordeaux

Les professions exposées au développement des maladies oculaires sont nombreuses et variées.

On peut les diviser en trois grandes classes : 1° *professions exposant à une irritation continuelle et plus ou moins vive des yeux* (kératoconjonctivites, blépharites) ; 2° *professions exposant à des intoxications* (amblyopies et paralysies d'origine toxique) ; 3° *professions exposant à la fatigue de l'œil* (asthénopie accomodative et de convergence).

L'hygiène et la prophylaxie des maladies oculaires d'origine professionnelle doivent être envisagées à plusieurs points de vue.

1° *Hygiène générale des ateliers et de l'industrie.* — Elle comprend : 1° *la stricte observation des décrets et règlements* actuellement en vigueur (décret du 29 nov. 1904, évacuation des poussières, gaz insalubres ou toxiques ; décret du 29 juin 1898 sur l'arsenite de cuivre ; du 18 juillet 1902, sur le blanc de céruse ; du 15 juillet 1904, sur le plomb, etc.) ; 2° *Conseils aux patrons et ouvriers.* M. le professeur Brouardel en 1882 a demandé la création d'un registre sanitaire des ouvriers. M. le prof. Thoinot le considère comme « d'une évidente nécessité pour chaque sujet exposé à l'empoisonnement saturnin professionnel ». MM. Bourges et Heim en réclament la création pour l'arsenicisme et le sulfocarbonisme ; et M. Leclerc de Puligny dit à ce sujet : « Si l'homme de l'art ne dispose pas d'une sorte d'histoire professionnelle de l'ouvrier malade, il pourra trouver dans les symptômes une très grande vraisemblance ; il ne disposera que d'une quasi-certitude... » Mais M. Jules Breton, député, s'élève contre la constitution de ce registre d'usine ; car, dit-il, « quelle que soit l'origine de la maladie, il suffit pour qu'elle donne droit à l'indemnité pour le malade, que ce dernier travaille dans l'une quelconque des industries susceptibles de provoquer ou d'aggraver cette affection... »

2° *Hygiène particulière des ouvriers.* — Elle comprend toutes les prescriptions de l'hygiène individuelle (lavages des mains, narines, paupières et yeux, etc., le port de lunettes protectrices ou d'atelier). Mais nous savons que ces lunettes, d'ailleurs généralement peu pratiques, sont refusées par les ouvriers et que leur usage n'est pas légalement obligatoire.

Terminons par ces judicieuses observations de M. le Dr Bremond dans son rapport à la Commission d'hygiène industrielle : « Tous les ouvriers, égaux devant la loi, doivent être égaux devant la prévoyance sociale ; tous ont un droit égal à la réparation des maux professionnels, chroniques ou aigus, sourds ou retentissants. Les hygiénistes qui pensent comme moi diront : « empoisonnement équivaut à blessure » s'ils ne veulent pas que des mécontents continuent à dire : « Dans l'industrie française, il y a des travailleurs nobles et des travailleurs roturiers, et cela ne devrait pas être, puisque le temps des privilèges est passé... »

CARNET DU PRATICIEN

Traitement de la fièvre typhoïde par l'iode l'acide arsénieux et la strychnine associés

1° Le premier jour, prescrire :

Calomel (suivant l'âge) de.......	0 gr. 10 à 0 gr. 20 centig.
Salol.............	0 gr. 05 à 0 gr. 10 —
Lactose.........	2 grammes

Ponr un paquet n° 3 :

Prendre un paqnet toutes les six henres.

Cette médication sera reprise tous les 4 ou 5 jours;

2° Alimentation ponr toute la durée de la maladie : 250 grammes de lait toutes les 3 heures. Dans l'intervalle, bouillon et tisanes diurétiques de façon à atteindre 3 litres 1/2 à 4 litres de liquide par vingt-quatre heures;

3° Une demi-heure avant chaque prise de lait, un verre à liqueur de la solution suivante :

Teinture d'iode........	LXXX gouttes
Solution d'acide arsénieux au 1.000e......	LXXX —
Iodure de potassium...	0 gr. 05 à 0 gr. 10
Sulfate de strychnine..	0 gr 01
Eau distillée bouillie...	500 grammes

L'usage de cette solution est interrompu les jours où le malade reçoit du calomel;

4° En même temps que la solution précédente, donner un lavement simple de 300 à 8 0 grammes d'eau bouillie.

Le nombre des lavements sera progressivement réduit d'abord à un toutes les six, puis à un toutes les douze heures;

5° Soins hygiéniques, antisepsie rigoureuse des voies aériennes supérieures;

6° Dans le cas de formes hyperthermiques, applications de compresses froides sur l'abdomen et parfois vessie de glace en permanence sur la région du cœur.

Contre le hoquet incoercible

Faire prendre toutes les heures une cuillerée à dessert du mélange suivant :

Huile d'amandes douces.....	60 grammes
Sirop diacode...............	30 —
Sirop de menthe............	12 —
Chloroforme................	2 —

ou :

Extrait de belladone..........	2 grammes
Camphre....................	1 —
Excipient	Q. S.

pour 60 pilules.

Prendre le 1er jour 2 pilules, 1 le matin et 1 le soir; le second jour, 3 pilules, le matin, à midi et le soir, et augmenter jusqu'à 6 pilules à prendre en 3 fois dans les 24 heures.

Ou :

Valérianate de zinc..............	0 gr. 05
Extrait de belladone............	0 gr. 05
Extrait mou de quinquina.......	Q. S.

Pour 10 pilules, en prendre 1 par jour.

Chorée de Sydenham

Trois fois par jour, après les repas, une cuillerée à café de la mixture suivante :

Arseniate de soude....	0 gr. 1 à 0 gr. 3
Antipyrine	5 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères........	50 —
Eau distillée pour faire	300 —

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE.


Pagéol

VARIÉTÉS

Le Nouvel Hôpital de la Pitié

Le nouvel hôpital de la Pitié inauguré à Paris aujourd'hui même a été édifié par M. Rochet, architecte, actuellement décédé, et par M. Desbrochers des Loges, ingénieur, secondés par M. Roger, directeur, sur un terrain compris entre le boulevard de l'Hôpital, la rue Jenner et la rue Bruant.

Une avenue centrale, qui a près d'un demi-kilomètre de long, part de la porte principale, boulevard de l'Hôpital et parcourt ce terrain d'un bout à l'autre.

A gauche de cette avenue s'étendent les bâtiments où se donnent les consultations aux malades externes, constructions conçues très largement; les galeries et les salles d'attente y sont assez vastes pour que l'encombrement propice aux contaminations ne soit jamais à craindre. D'ailleurs, dès l'entrée on a disposé des boxes d'isolement pour les malades jugés contagieux à première vue par les élèves de garde.

Dans l'avenue principale on trouve ensuite, toujours à gauche, les locaux affectés à la direction et à l'administration, aux internes en médecine, à la pharmacie et à la lingerie. Au-delà, l'avenue passe entre les services de médecine à gauche et ceux de chirurgie à droite.

A la différence de Boucicaut où les pavillons ne comprennent qu'un rez-de-chaussée — ce qui prend une place considérable — on a construit ici des édifices de trois étages. On est arrivé ainsi, tout en réservant d'assez vastes espaces libres sur les 61.000 mètres dont on disposait, à faire de la nouvelle Pitié l'un des trois grands hôpitaux généraux de Paris. Elle vient en effet, avec ses 988 lits — sans compter, hélas, les brancards qui déjà l'encombrent — tout de suite après Lariboisière et Tenon qui en comptent respectivement 1.200 et 1.020.

Les deux bâtiments occupés par la médecine comprennent chacun trois services, soit un par étage; il ont l'un et l'autre la forme d'un H, dont les branches verticales perpendiculaires à l'avenue sont occupées par les malades, tandis que la branche transversale est occupée par les services généraux: office, lingerie, laboratoires des chefs de service, etc. L'une des branches verticales est réservée aux hommes et comprend, par étage, 40 lits et 3 chambres d'isolement; l'autre est réservée aux femmes et comprend 32 lits et 8 chambres d'isolement.

Les bâtiments de la chirurgie, disposés symétriquement en face de la médecine, sont moins étendus. Ils ne comprennent que trois services. Chacun de ces services se subdivise, comme c'est actuellement devenu une règle absolue, en deux sections réservées: l'une aux malades atteints de plaies septiques et l'autre aux malades non contagieux. Chacune de ces sections comporte une salle d'opérations et de pansements indépendante et pourvue de tous les perfectionnements modernes.

Au delà de ces bâtiments se trouve la maternité, qui possède une entrée spéciale rue Jenner, et qui constitue un service presque indépendant de l'hôpital. Elle comprend 85 lits. Plus loin, en retour sur la rue Bruant, on a édifié le bâtiment du personnel hommes, et plus loin encore celui du service des morts.

C'est, par rapport à l'avenue centrale, derrière les services de chirurgie qu'ont été intallés les cuisines, les usines et les logements du personnel féminin.

Les infirmières ont à leur disposition une salle de réunion munie d'un piano. Elles n'ont par conséquent presque plus rien à envier à leurs confrères d'outre-Manche, les « nurses » anglaises. Dans les cuisines, il y a seize marmites à vapeur. Les rôtis qu'on y prépare ont l'air fort appétissant. Par un procédé ingénieux, on a trouvé le moyen, tout en cuisant à la vapeur, de faire de véritables rôtis et non de la viande à l'étouffée comme avec les appareils dont on se servait autrefois.

Il faudrait encore parler de six générateurs de vapeur et des pompes qui envoient l'eau chaude dans les services; de la salle de désinfection au formol pour les vêtements des hospitalisés; des galeries souterraines qui relient les différents services et des innombrables installations ingénieuses et nouvelles que comporte cette petite ville de douze à treize cents âmes qu'est la nouvelle Pitié. Il convient donc de féliciter la ville de Paris d'avoir fait faire un très grand progrès à la rénovation de ses hôpitaux.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Académie de Médecine

Au cours de la dernière réunion de l'Académie de Médecine, il a été transmis, par le ministre de l'Intérieur:

1° Des demandes des Conseils municipaux d'Aix-les-Bains (Savoie) et de Lacaune (Tarn), en vue de l'érection de ces villes en stations hydrominérales et climatiques et de l'institution d'une Chambre d'industrie thermale et climatique;

2° Des demandes des Conseils municipaux des villes de Bourbonne (Haute-Marne) et Odeillo-Via (Pyrénées-Orientales), en vue de leur érection en stations hydrominérales et climatiques;

3° Des demandes des Conseils municipaux de Camiers (Pas-de-Calais) et Quiberon (Morbihan), en vue de l'érection de ces villes en stations climatiques avec institution d'une Chambre d'industrie climatique.

Ces diverses demandes ont été renvoyées à l'examen de la Commission permanente des eaux minérales.

ÉCHOS

La taxe sur les eaux minérales

La Chambre des députés a repoussé la taxe sur les eaux minérales que proposait cette année, comme de coutume, quelques députés des régions viticoles.

Les sœurs dans les hôpitaux.

M. de Puymaigre, profitant d'une extension prochaine des services hospitaliers et de la création subséquente de nouveaux emplois d'infirmières, va demander au Conseil municipal d'admettre à ces emplois des « religieuses appartenant à des ordres reconnus par l'Etat et pourvus du diplôme d'infirmière ». M. de Puymaigre fera valoir des raisons d'économie, et aussi le désir que peuvent avoir des malades et des médecins de choisir leur « personnel soignant. »

Statistique des titres universitaires délivrés en 1912

Université de Paris. — Doctorat de l'Université de Paris: médecine, 58; pharmacie, 11; diplôme de médecine légale, 10; diplôme de médecine coloniale, 20; diplôme de pharmacien, 1.

Université d'Aix Marseille. — Diplôme d'études médicales coloniales, 7.

Université d'Alger. — Doctorat, mention pharmacie, 3.

Université de Bordeaux. — Diplôme de médecin colonial, 9; doctorat mention pharmacie, 3.

Université de Lyon. — Doctorat de l'Université de Lyon: médecine, 4; pharmacie, 4; certificat d'études d'hygiène, 16.

Université de Montpellier. — Doctorat, mention médecine, 18; mention pharmacie, 7.

Université de Nancy. — Doctorat, mention médecine, 2; diplôme de chirurgien dentiste, 11; diplôme de pharmacie, 1.

Université de Toulouse. — Doctorat, mention médecine, 1; mention pharmacie, 3.

Le rétablissement de l'institut de puériculture

On se rappelle les circonstances regrettables dans lesquelles le docteur Variot, à la suite d'un arrêt du Conseil d'Etat rendu à la requête du directeur de l'Assistance Publique, fut amené à suspendre les cours si utiles de puériculture qu'il faisait avec le plus grand succès dans son service de l'hospice des Enfants-Assistés.

L'institut de puériculture, cette œuvre précieuse de préservation de l'enfance, qui avait été fondée à l'hospice des Enfants-Assistés par la ville de Paris, qui avait été mise sous le patronage direct du Conseil municipal et du Conseil général et placée sous la direction éclairée du docteur Variot, se trouvait compromis. MM. Henri Galli, président du Conseil municipal, et Poirier de Narçay, président du Conseil général, se sont entremis. Le conseil de surveillance de l'Assistance publique s'est ému. M. Paul Strauss, sénateur, qui occupe une place prépondérante dans le conseil de surveillance de l'Assistance publique, a fait connaître nettement son opinion et a protesté contre la possibilité de voir disparaître une œuvre aussi belle et aussi utile que l'institut de puériculture

La Commission du Service de santé, à la demande de M Paul Strauss, vient de donner mission au Dr Barthe de faire un rapport sur la question. Ce rapport sera présenté jeudi au conseil de surveillance. Il conclura au rétablissement de l'institut de puériculture dirigé par le Dr Variot, qui pourra ainsi reprendre son enseignement dans les conditions où il le faisait antérieurement.

L'arrêté qui rétablira l'institut de puériculture du Dr Variot créera un autre institut à la Maternité, dans le service du Dr Bonnaire, qui fera un cours pour accoucheurs Il sera en effet stipulé que le titre d'institut ne pourra être attribué qu'à des services ayant à la fois un cours de puériculture et une clinique

La Fête des Étudiants du P.C.N.

La fête de bienfaisance des étudiants du P. C. N. (physique, chimie, sciences naturelles), donnée au profit de la Caisse de secours des employés de la Sorbonne, vient d'avoir lieu, dans la salle des Horticulteurs de France, sous la présidence de M. Appell, doyen de la Faculté des Sciences, assisté de MM. Tombeck, secrétaire de la Faculté des Sciences; Janet, Joannis et Dangeard, professeurs.

Après une très intéressante partie de concert, qui permit d'applaudir Mme Kœnig, femme du docteur; Mme Paulette de Voghera, ainsi que MM. Sandreschi, Duard, Gobert, Jacques Serniu, André Gobert et Mlle Audhrée Rolphen, un groupe d'étudiants du P. C. N. interpréta une revue: *Public, Contemple-Nous* (P. C. N.), écrite par eux et dont la commère était Mlle Juliette Rudy, du Palais-Royal.

Professeurs et assistants applaudirent aux traits d'esprit et aux couplets chantés par les acteurs revuistes. Un bal très brillant a terminé cette charmante fête de bienfaisance.

Les trains de secours badois

Pour atténuer les conséquences des accidents de chemins de fer et en particulier pour permettre de soigner immédiatement les blessés, l'Etat badois vient de mettre en service six trains de secours comprenant un wagon d'outillage, une voiture de service pour le personnel et un wagon-ambulance.

Cette dernière voiture a été étudiée spécialement pour permettre, étant donné l'espace restreint dont on dispose forcément — environ trois mètres sur onze mètres — de contenir le maximum de blessés et tous les objets de pansement de première utilité.

Le wagon est muni d'une double paroi garnie de liège pour préserver du froid et amortir le bruit du roulement; le chauffage est assuré par la locomotive, et l'éclairage par du gaz comprimé. Deux terrasses situées aux extrémités et des portes à deux larges vantaux permettent de laisser passer les civières et les brancards.

L'intérieur du wagon est divisé en deux compartiments: un dortoir renfermant 8 civières munies de lits complets et placées deux à deux l'une au-dessus de l'autre, deux chaises longues et quatre pliants pour les blessés. La salle d'opérations est pourvue de tous les appareils nécessaires dont la répartition a été faite de façon à prendre le minimum d'espace et qui ont été construits de telle sorte que le chirurgien puisse opérer presque sans aide. C'est ainsi, par exemple, que les robinets des récipients contenant le sublimé et l'alcool pour pour la stérilisation des mains du chirurgien peuvent être manœuvrés avec le coude, et les robinets de vidange des lavabos actionnés par les genoux. Ajoutons que chaque wagon-ambulance revient à 25.000 francs environ.



GYRALDOSE

84e Année (Série XIIIe) — N° 191 Le Numéro 25 Centimes Mercredi 26 Mars 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 26 Mars 1913

A nos Collaborateurs.

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la *Gazette Médicale de Paris*, sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs, mettra, désormais, à leur disposition un tirage à part à 50 exemplaires, de leurs articles inédits qu'elle aura publiés.

ÉCHOS

La fondation Carnegie

La Commission de la fondation Carnegie réunie au ministère de l'Intérieur, sous la présidence de M. Emile Loubet, a procédé à l'attribution d'un certain nombre de récompenses, parmi lesquelles nous citerons :

Une médaille d'argent et 2.000 francs à M. Carpentier, interne en médecine des hôpitaux de Rouen, qui, le 1er avril 1912, était frappé d'une angine diphtérique à forme des plus graves, contractée en procédant à plusieurs reprises au tubage du larynx sur un enfant atteint de diphtérie.

Après une longue et pénible convalescence, M. Carpentier reste atteint d'une claudication permanente et d'une atrophie de la jambe et de la main droites.

De plus, une médaille d'argent a été attribuée au docteur Gallini, médecin à Sousse, qui mourut du typhus en soignant les indigenes. Mme Gallini obtient en outre une pension annuelle de mille francs et chacun de ses trois enfants une pension de deux cents francs.

L'affectation des Officiers de réserve du corps de santé militaire.

Pour l'accomplissement de leur dernier semestre de service actif, les médecins aides-majors de 2e classe de réserve provenant des médecins auxiliaires visés à l'article 25 de la loi du 21 mars 1905 sont affectés à un poste quelconque du territoire dans les mêmes conditions que les médecins de l'armée active, compte tenu des prescriptions suivantes communes à tous les officiers de réserve :

Ils ne sont jamais affectés aux corps dans lesquels ils ont servi, soit comme hommes de troupe, soit comme élèves-officiers de réserve. Ils ne le sont pas non plus à des corps stationnés dans la garnison où se trouvent les unités précitées.

Il doit être tenu compte, dans la mesure du possible, et sous réserve des principes ci-dessus, des préférences exprimées au sujet de leur affectation par cette catégorie d'officiers de complément, suivant le numéro de classement obtenu par chacun d'eux aux examens de sortie du cours spécial.

« Une fois libérés de leur service actif, ils sont affectés, ainsi que les médecins du cadre auxiliaire ayant une autre provenance et les pharmaciens du cadre auxiliaire, dans les régions des corps d'armée où ils résident et, faute de place, dans la région la plus rapprochée de leur résidence. Cette affectation est prononcée par le directeur du service de santé.

Une Pharmacie de Carcassonne à la fin du XVIe siècle

Grâce aux recherches de MM. Sarcos et Mullot, de fort curieux renseignements viennent de nous être livrés sur l'état où se trouvait en 1597, année de sa mort qui eut lieu en octobre, la pharmacie que dirigeait alors à Carcassonne l'apothicaire Nicolas Lapesse.

De celui-ci, du reste, MM. Sarcos et Mullot connaissent peu de choses. Ils savent cependant qu'il était marié à Ramonde Bohet, fille d'Etienne Bohet, marchand apothicaire de Carcassonne et d'Anthoinette Chevallier, et qu'il eut probablement pour successeur Jean Lamollier, habitant dans la « rue Majeure », c'est-à-dire la Grand'Rue actuelle.

En 1597, la corporation des apothicaires n'existait pas encore ; elle ne fut organisée qu'une trentaine d'années plus tard ; il n'y avait donc pas de livre d'enregistrement de leur maîtrise : on se trouvait toujours sous l'effet de l'ordonnance de Louis XII, promulguée au mois de juin 1514, qui permettait à tout apothicaire d'être en même temps épicier et qui donnait aux épiciers-apothicaires le droit d'avoir une jurande particulière, complètement distincte de celle des simples épiciers.

Nicolas Lapesse était surtout apothicaire ; dans sa pharmacie bien installée, on trouvait la plupart des remèdes usités à cette époque lointaine.

MM. Sarcos et Mullos ont constaté que sur 194 drogues simples d'origine végétale, figurant dans l'inventaire, 98 se retrouvent dans les divers Codex :

Soixante et une sont dans les cinq éditions ;

Dix-sept dans les quatre premières ;

Quatre dans celles de 1818, 1837 et de 1866 ;

Quatre autres dans celles de 1818, 1866 et de 1884 ;

Deux ne figurent qu'aux éditions de 1818 et de 1866.

Et deux autres dans celles de 1818 et de 1837.

On remarquera que six drogues qui avaient été rayées de l'édition de 1837 se retrouvent dans celle de 1866, pour disparaître définitivement ensuite.

Sur 23 drogues simples, d'origine minérale, 20 ont figuré dans les Codex :

14 se retrouvent dans toutes leurs éditions ;

Et les cinq autres dans les quatre premières.

La céruse n'est portée que sur ceux de 1818-1866 et 1884.

Contrairement à ce que l'on aurait pu supposer, les drogues simples, d'origine animale, employées du temps de Lapesse, étaient peu nombreuses ; treize seulement sont signalées dans l'inventaire.

Cinq d'entre elles figurent dans toutes les éditions et deux dans les quatre premières.

En outre, de ces 140 drogues simples, on trouve à la pharmacie Lapesse :

35 confections ;
20 Pilules ;
15 Trochisques ;
30 Poudres cordiales ;
31 Sirops ;
10 Conserves ;
10 Pierres précieuses ;
20 Huiles dont 18 faites avec des plantes et deux avec des parties d'animaux ; l'huile de castor et l'huile de petits chiens ;
23 Onguents ;
13 Electuaires et
9 autres préparations diverses.

Les auteurs ont également noté les médicaments composés dont les noms figurent dans les Codex. Mais ils sont peu nombreux ; ils signalent quelques sirops simples, le miel rosat, l'onguent populeum, l'onguent basilicum, l'onguent napolitain et le laudanum, et encore la formule de ces divers médicaments a tellement varié dans l'espace de trois siècles, qu'on a grand peine à les reconnaître aujourd'hui.

La nomenclature des différents instruments mentionnés dans cet inventaire est pleine d'intérêt pour nous, car elle permet de nous rendre compte de l'installation du laboratoire des apothicaires du temps passé.

Vieux Papiers médicaux

Pendant, les vacances, les braves cultivateurs qui habitent la campagne autour de chez moi, rapportait récemment le docteur Paul Dalché dans la *Semaine gynécologique*, me voient, avec un certain effarement, fouiller dans les malles disloquées et les coffres abandonnés an fond du grenier, puis regarder sous les poutrelles de leurs vieilles maisons. Ils ont fini par me prendre en commisération, me viennent en aide et m'apportent des tronvailles ; parmi elles, ce qu'ils appellent leurs chiffons de papier.

Par une chaude matinée de chasse, l'un d'eux m'invita à me reposer chez lui et me donna le document qui suit. Je le transcris avec fidélité, respectant jusqu'aux fautes d'ortbographe pour ne pas en atténuer la saveur. Je supprime les noms, car ils existent encore et sont connus dans le pays.

GÉNÉRALITÉ DE BORDEAUX

Par devant nous, François M..., lieutenant civil et criminel en la présente cour ordinaire de Dolmayrac, et devant nous. Jean M.., greffier, ce jourd'huy, dix et huitieme septembre mil sept cents vingt et neuf, dans notre maison est comparu maître Jean D..., procureur d'office en la ditte cour, lequel nous a dit qu'il a esté plénement informé par des personnes de probité de la malversation et grossesse de Janne X..., fille de feu X... et de Sésille Y..., habitante du lieu de... présante paroisse et juridiction, et en conséquence le dit sieur D... nous requiert de nous transporter dans le dit lieu de... et maison de la ditte Sésille Y..., pour ouyr la ditte Janne X... et retenir son audition. Surquoy nous, lieutenant susdit nous avons donné acte au dict sieur D... de sa comparution et réquisition à cet effet, ordonnons que nous transporterons dans le dit lieu de... et maison de la ditte Y..., pour houyr la ditte X..., et recevoir l'audition d'icelle. Le dit sieur D... a signé avec nous et notre dit greffier.

M. D. M.

Du dix buitieme septembre, mil sept cents vingt et neuf, nous François M..., lieutenant susdit, assisté de maître Jean D..., procureur d'office, et de notre dit greffier, en vertu de notre apointement précédent, nous sommes transportés dans le dit lieu de... présante paroisse et juridiction et dans la maison de Sésille Y..., dans laquelle nous avons trouvé Janne X..., sa fille laquelle après sermant par elle fait de dire vérité a esté par nous interrogée ainsi qu'yl en suit.

J'interoge de son aage qualité et demeure, a dit s'apeler Janne X..., fille de X..., son pere, laboureur, âgée de vingt et deux ans ou environ, babitante du lieu de..., présante paroisse et juridiction de Dolmayrac.

J'interoge si elle est ensainte.

A dit estre ensainte.

J'interroge depuis quel temps elle est ensainte. A répondu et dit qu'elle est ensainte depuis le mois de may de la présante année.

J'interoge des œuvres de qui elle est ensainte. A dit qu'elle est ensainte des œuvres de Pierre R..., veuf, son voisin.

J'interoge si s'est par force, volontairement ou par promesse de mariage, qu'elle a esté ravie par le dit R...

A répondu que passant un jour devant la porte du dit R... du commencement du mois de may dernier, n'étant mémorative du quantiéme, le dit R..., la prit par la main et la conduisit dans sa maison. Elle ne fut pas plutôt qui la prit au cors la jeta sur son lit ou yl la connut charnelement à laquelle il n'a promis foy de mariage que quelque temps après.

J'interoge si le commerce a duré longtemps.

A répondn que le dit R..., l'a connue toutes les fois qu'il a vouln.

Lecture a elle faitte des dits interrogatoires a dit que ses réponses contiennent vérité, a persisté et déclaré ne sçavoir signer de se par nons enquisse. Nous avons signé et fait signer avec nous tant le dit sieur D... que notre dit greffier.

M. D. M.

J'ignore si la loi permettrait aujourd'hui pareille descente de justice chez une fille enceinte.

Mais en 1729, l'appareil dont elle s'entoura ainsi parut destiné à favoriser la recherche de la paternité et à éviter un avortement clandestin.

Le sévère procureur d'office lui-même dut reconnaître que la première surprise passée ne laissa pas un sentiment trop vif de rancune et d'amertume dans le cœur de Janne X...

Cette pastoure ingénue est délicieuse. J'aime à penser qu'elle épousa son amoureux ; ils eurent sans donte beaucoup d'enfants, si j'en juge par le nombre de cenx qui portent leur nom et vivent aujourd'hui sons les anciennes tours féodales et les remparts aux trois quarts détruits de notre vieux Dolmayrac, près Sainte-Livrade, en Agenais.

La guerre aux rats

La destruction des rats fait partie, anjourd'hui, de l'ensemble des mesures que prennent les villes bien organisées pour améliorer leur bygiène. Voici comment se fait la dératisation au Havre, d'après le *Bulletin mensuel* de son bureau d'hygiène.

Depuis 1910, sur la demande de M. le Préfet de la Seine-Inférieure, le Bureau d'hygiène a créé un service de surveillance et de destruction des rats.

Près du laboratoire, une pièce séparée a été aménagée pour y placer les rats au fur et à mesure qu'ils sont apportés du debors.

Des nasses sont placées sous les tentes installées sur les quais, près des bassins. Le gardien, moyennant une prime, apportent les rats capturés ; il est possible ainsi de surveiller les différentes espèces apportées au Havre par les bateaux. D'autres nasses sont également placées dans les magasins des docks et magasins particuliers situés près des bassins.

Dans les établissements municipaux, notamment les écoles maternelles, où les rats sont attirés par les morceaux de pain abandonnés dans les coins par les jeunes écoliers, on utilise souvent le virus de l'Institut Pasteur. Lorsque dans un immeuble les rats sont peu nombreux, s'il y a des animaux domestiques, on a recours à de la poudre de scille mélangée à la viande cuite hachée. Il est ajouté un peu de poudre d'agaric, s'il n'y a pas dans l'immeuble d'animaux domestiques en liberté.

Les rats capturés sont apportés an Laboratoire ; là, on note l'endroit de la prise et les observations que l'on a pu faire sur leur nombre ou les motifs qui ont pu amener leur présence.

Après avoir tué les rats séparément au chloroforme, on en détermine l'espèce, le nombre et les variétés des puces ; enfin, on recherche l'existence des ganglions inguinaux.

Sur leur demande, il est fourni aux particuliers le virus de l'institnt Pasteur, au prix réduit auquel le service de la rue Dutot le livre aux Municipalités, c'est-à-dire à moitié prix, et on en surveille l'emploi.

L'ONDE SONORE

Agent spécifique de la Surdité

Par le Dr A. MAURICE, de Paris

A une époque où la médecine se rue à la recherche des agents physiques dont les propriétés curatives sont hautement appréciées, il est bon de faire une place à l'onde sonore.

La vibration est actuellement employée sous toutes ses formes, depuis le fauteuil trépidant jusqu'à la lumière colorée et l'onde électrique.

L'onde sonore fait partie des ondes à vibrations lentes puisque notre oreille peut percevoir de 8 vibrations doubles à la seconde jusqu'à 32.000 environ. Un moteur électrique en tournant peut actionner un flexible pour massage qui donnera jusqu'à 25 ou 30 vibrations à la seconde. Si ce flexible ne produisait aucun bruit de frottement notre oreille pourrait percevoir le bruit fondamental de tonalité assez basse.

Fig. 1. — Traitement de la surdité par le Kinésiphone du Docteur A. Maurice. Appareil de rééducation passive.

Si notre oreille peut percevoir une étendue assez vaste dans l'échelle des sons, notre larynx qui, en quelque sorte, a été fait pour notre oreille (à moins que ce ne soit le contraire), notre larynx dis-je, ne peut pas émettre une aussi grande variété de sons. Dans la vie courante la zone auditive utile est comprise dans l'échelle des sons émis par la voix.

Les phonéticiens qui se sont attelés à la question d'analyse des vibrations vocales, ont trouvé rarement des vibrations inférieures à 80 à la seconde, les plus élevées allant jusqu'à 4.500 environ.

Parmi les vibrations que l'on trouve sur un tracé phonétique, il faut distinguer entre la vibration fondamentale, la note du son émis et les harmoniques qui viennent se greffer sur la première vibration ; ce sont les harmoniques qui donnent à l'oreille la sensation correspondante au phonème émis et qui nous permettent d'en reconnaître la nature. Peu de personnes, en entendant un diapason de 435 vibrations doubles, diront qu'il s'agit d'un la 3e, tandis que toutes reconnaîtront une voyelle émise par un larynx et ceci quelle que soit la vibration fondamentale.

Cette simple explication montre que notre oreille est faite pour saisir et reconnaître des groupements de vibrations plutôt que des vibrations pures. La façon dont sont associées ces vibrations, sorte d'image auditive, est plus importante que la hauteur du son.

J'irai un peu plus loin quant à la zone utile pour la perception de la voix humaine. Les récepteurs téléphoniques et les phonographes arrivent à rendre suffisamment bien la voix pour qu'une oreille saine comprenne le son émis et même l'accent de la personne qui parle ; or, bien peu de ces instruments arrivent à enregistrer et à rendre les harmoniques rapides ; je ne connais pas d'expériences ayant pu déceler plus de 1.000 vibrations à la seconde dans la voix téléphonique. Si nous comprenons la voix, privée des harmoniques supérieures à 1.000, c'est que les vibrations situées an-delà de 1.000 n'ont qu'une utilité musicale mais non pratique. Nous voilà donc réduit à une zone vraiment indispensable de 80 à 1.000 vibrations à la seconde.

« Les ondes sonores, a dit Gellé, sont à l'oreille ce qu'est la lumière à l'œil, ce qu'est le massage à l'articulation ». Les ondes sonores sont donc aussi indispensables au bon fonctionnement et au bon entraînement de l'ouïe que peut l'être la marche et le mouvement pour nos muscles.

Si l'oreille normale réclame son excitant physiologique, il est à croire que l'oreille pathologique a les mêmes besoins; plus l'oreille sera atteinte, plus l'onde sonore sera indispensable pour réveiller le sens affaibli ou empêcher la dégénérescence totale.

Cette vérité semble admise par les auristes puisque tous conseillent soit l'usage de phonographes, soit la fréquentation des concerts, soit la lecture à la voix nue, dans un cornet, ou dans un microphone. Malgré les travaux importants faits sur cette question, on ne considère guère ce moyen que comme un palliatif et non comme un curatif.

Conseiller un traitement de longue haleine à un malade quand on se contente de lui dire que ça ne le guérira pas, mais que cela empêchera la maladie d'empirer, c'est courir à un échec, car notre client découragé enverra rapidement promener ses exercices quotidiens et les prescriptions de son médecin.

Est-il donc vrai que le traitement curatif de la surdité par l'onde sonore soit impossible à réaliser? Dans un travail précédent, j'ai indiqué que la façon de procéder présentait deux modalités, ce que nous appellerons rééducation active et rééducation passive.

La rééducation active consiste à lire un texte à faible distance de l'oreille à traiter en priant le malade de répéter mot à mot. S'il entend bien, le lecteur s'éloignera jusqu'à la limite de perception des sons. Le patient, pour répéter, sera obligé de faire un grand effort de tension auditive ce qui fera travailler d'une façon *active* ses muscles de la caisse, son organe de Corti, ses centres percepteurs.

La rééducation passive consiste à frapper l'oreille malade au moyen de sons puissants, réglés et dosés, de façon à exciter *passivement* l'oreille interne, à mobiliser physiologiquement le tympan et les osselets, à stimuler la paresse auditive du sourd, à réveiller un *sens endormi et paralysé*. Les sons à employer dans cette deuxième variété de rééducation doivent avoir une grande similitude avec ceux de la voix ; ils seront riches en harmoniques, pouvant aller de 7.000 à 4.000 environ tandis que la note fondamentale variera de 80 à 1.000.

Je ne parle pas de la rééducation par les diapasons qui ne semble pas concorder avec l'idée que nous nous faisons de ce traitement.

Le procédé de la sirène à voyelles est un progrès, mais je crains bien que les sons obtenus ne soient pas assez puissants ni émis suffisamment près de l'oreille pour transmettre à cet organe l'ébranlement vibratoire qui me paraît indispensable.

Ces deux méthodes toutefois possèdent quelque chose d'essentiel, la régularité du son émis et la possibilité de varier plus ou moins facilement l'intensité et la tonalité.

Prenons un diapason dont nous pourrons entretenir les vibrations aussi longtemps que nous voudrons, dont nous pourrons à volonté faire varier la note, dont nous pourrons régler l'amplitude et l'intensité, qui de plus produira des harmoniques graves d'image à peu près semblable à celle de la voix ; faisons arriver ces vibrations dans des récepteurs téléphoniques dont la membrane, voisine de l'oreille, transmettra intégralement son ébranlement sonore et nous aurons réalisé un appareil d'une grande simplicité qui donnera dans toutes les formes de surdité des résultats encourageants.

Nous disons dans toutes les formes de surdité car les résultats obtenus embrassent tous les cas pourvu qu'il reste un peu d'audition ; nous considérons l'onde sonore comme un agent spécifique de l'ouïe puisque l'oreille est faite pour elle.

Est-ce à dire que nous guérissons tous les sourds ! Hélas, non. Urbantschitsch a dit avant nous qu'avant de se prononcer sur la possibilité d'une amélioration il fallait tâter le terrain, car les progrès varient selon un nombre considérable de facteurs dont les principaux sont : la gravité du cas (en tant qu'audition), l'état de nervosité du sujet, le diagnostic de l'affection, les bruits subjectifs, la mémoire des associations sonores, la faculté d'assimilation et d'observation, le moral du malade, l'ancienneté de la lésion, les troubles fonctionnels surajoutés, etc...

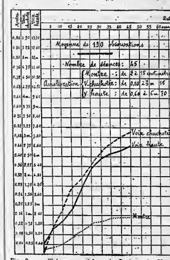


Fig. 2. — Fiche acoumetrique du Docteur A. Maurice. Courbe d'amélioration par la rééducation kinésiphonique. Moyenne de 130 cas.

Les cas les plus faciles à rééduquer comportent les otites cicatricielles, les scléroses mixtes tympano-labyrinthiques (formes peu avancées), les surdités infantiles et unilatérales ; les plus difficiles sont incontestablement les scléroses de la caisse avec Rinne négatif et les labyrinthites graves.

On peut dire que tous les cas s'améliorent peu ou prou, mais pour parler de succès

il faut que l'amélioration soit vraiment pratique et que le malade en bénéficie ; nous avons parlé ailleurs de cette question ainsi que de celle très importante des rechutes possibles mais assez rares.

Pour conclure nous pouvons affirmer que l'auriste possède véritablement dans l'onde sonore une arme puissante qui, mariée avec une bonne méthode et une instrumentation simple et pratique, lui permettra de redonner quelque espoir aux pauvres scléreux qui jusqu'à présent cherchaient une consolation à leur sort en se promenant des cabinets à la mode aux instituts charlatanesques.

La Radiumthérapie

DANS LA GOUTTE ET LE RHUMATISME CHRONIQUE[1]

Par le Docteur HARET

Assistant de Radiologie à l'Hôpital Saint-Antoine

Avant d'aborder l'étude qui fait le sujet de ce rapport, il est nécessaire d'en bien fixer les limites. Il nous a tout d'abord semblé que, dans l'esprit des organisateurs du Congrès, la goutte était envisagée non seulement dans ses manifestations sur les articulations, mais aussi d'une façon générale et qu'on devait tenir compte alors des modifications chimiques, par exemple, que peut entrainer le traitement.

D'autre part, que devons-nous entendre par rhumatisme chronique ? Y comprenons-nous seulement les formes suivantes :

Rhumatisme chronique simple ;

Rhumatisme chronique généralisé ou noueux ;

Rhumatisme chronique partiel ;

Rhumatisme fibreux ?

Ne devons-nous pas ici élargir un peu le sujet et faire entrer dans notre plan quelques rhumatismes qui ne sont pas chroniques d'emblée, mais qui ont pris chez le sujet le caractère de chronicité, telles, par exemple, certaines arthrites blennorragiques ? Cela agrandit sans doute un peu notre cadre, mais la radiumthérapie ayant de beaux succès à son actif sur cette forme, nous n'avons pas voulu la priver de quelques-uns de ses plus beaux fleurons.

En résumé, nous nous occuperons donc des manifestations goutteuses et des rhumatismes chroniques, aussi bien de ceux qui le sont d'emblée que de ceux qui le sont devenus par la suite.

Goutte. — Du rhumatisme chronique et de la goutte, c'est cette dernière affection où l'on a fait l'étude la plus complète au point de vue radiumthérapie, car, après les observations cliniques relatant les premiers succès, on a cherché à expliquer scientifiquement les résultats obtenus et l'on a eu une explication satisfaisante.

Ce fut le Dr Loeventhal, de Brunswick, qui, le premier, remarqua la similitude d'action sur les goutteux des eaux radioactives et de certaines sources naturelles. On obtenait des améliorations comparables avec une même réaction et parfois, au début, une même exagération des douleurs. Il pensa donc que les effets de ces eaux minérales étaient dus à des principes radioactifs qu'elles contenaient.

Poursuivant ses recherches il acquit la preuve que le radium n'agissait pas directement dans ces cas, mais que c'était à l'émanation qu'on devait les effets thérapeutiques.

Or, l'émanation est un gaz et, pour le faire arriver au niveau des points où siège la manifestation douloureuse, il faut le faire passer dans le torrent circulatoire.

Dès 1908, le Prof. His (1), professeur de clinique médicale à l'Université de Berlin, et son élève, le Dr Gutzen, cherchèrent le moyen d'obtenir un séjour aussi prolongé que possible de l'émanation dans le sang du sujet. Par l'injection intra-veineuse d'eau chargée d'émanation, on obtenait un séjour de quelques minutes seulement ; tout était exhalé au bout de trois ou quatre minutes. Par l'ingestion, ce séjour était plus long, mais cependant la quantité d'émanation diminuait rapidement. Ils pensèrent donc à l'inhalation dans un endroit clos, de façon à produire un équilibre entre la quantité contenue dans l'air du local et celle contenue dans l'appareil respiratoire du malade.

Le Dr Gutzen publia en 1910, au Congrès de Bruxelles, les conclusions de ses recherches sur l'action du radium vis-à-vis de l'acide urique dans l'organisme : « ... L'émanation du radium peut transformer l'urate de soude en un corps plus facilement soluble et aller jusqu'à formation d'acide carbonique et d'ammoniaque. Parmi les produits de décomposition de l'émanation du radium, c'est celui dont la vitalité est la plus longue qui exerce cette influence, nous voulons parler du radium D, dont la décomposition propre émet des rayons β tout à fait mous. On a pu prouver que l'émanation du radium peut dans une des affections où s'accuse le plus le trouble des échanges, la goutte, faire disparaître ce trouble du moins dans les cas étudiés jusqu'ici. Dans deux observations après achèvement du traitement, l'acide urique a été de nouveau éliminé suivant le type normal et particulièrement dans le délai régulier. Sur 14 cas examinés jusqu'ici, treize fois l'acide urique, dont la présence dans le sang est un des symptômes les plus constants de la goutte, a disparu après la terminaison du traitement. »

En janvier 1911, le Prof. His communiquait quelques considérations sur la marche du traitement et ses résultats cliniques, concernant vingt-huit goutteux traités par l'émanation de radium (2). Il constatait que quatre malades n'avaient tiré aucun bénéfice du traitement ; les vingt-quatre autres avaient été améliorés à des degrés divers, les uns même étaient restés sans nouvelle crise jusqu'au moment de la publication de ces résultats, c'est-à-dire un an après la fin de leur traitement. Dans quinze cas sur dix-huit examinés, *le sang avait perdu rapidement tout son acide urique.*

Han Jansen (3) a rapporté également sa statistique : sur onze malades traités il y a eu huit grandes améliorations, un cas douteux et deux stationnaires. Ce dernier auteur utilise l'eau saturée par l'émanation et la donne en boisson.

Dans un récent travail (4) sur la question, le Prof. His conseille d'ajouter à l'inhalation des injections de sels insolubles de radium au niveau de la région sur laquelle on veut agir spécialement car « à l'action de l'émanation s'ajoute celle des rayons émis par le radium, action qui, dans ce mode d'emploi, agit directement sur la partie malade ». C'est ainsi qu'il fait une ou plusieurs injections de sels de radium insolubles au niveau de l'articulation douloureuse.

En décembre 1911, le Dr Morlet, d'Anvers, (1) apporte sa contribution personnelle au traitement radiumthérapique de la goutte, en publiant quatre cas où l'émanation par inhalation a donné de forts beaux résultats.

De ces recherches très intéressantes et tout à fait complètes sur l'action du radium dans la goutte, nous constatons que ce traitement est basé sur une action chimique parfaitement expliquée et que les essais cliniques ont démontré la parfaite véracité de l'interprétation.

Rhumatisme chronique. — Un peu différente est la radiumthérapie du rhumatisme chronique ; là, nous voyons moins bien le mécanisme de l'amélioration. Certes, nous savons que le radium a une *action sédative* manifeste ; la radiumthérapie des tumeurs cancéreuses nous le prouve journellement et il y a lieu d'accepter cette action sur le phénomène *douleur* dans le rhumatisme chronique quel qu'il soit. D'autre part, il y a une action antiphlogistique non douteuse également. On a constaté (2) que l'émanation de radium a une action inhibitrice sur l'activité des leucocytes et que cette inhibition est provoquée surtout par les rayons α, β, γ.

Ces deux effets associés sont capables de donner les heureux effets que l'on trouve signalés dans la littérature médicale et concernant le rhumatisme chronique.

Nous jetterons un rapide coup d'œil sur les résultats communiqués par les différents auteurs dans chacune des formes suivantes de rhumatisme chronique :

Le rhumatisme chronique simple, chronique d'emblée ou succédant à des attaques de rhumatisme aigu ;

Le rhumatisme noueux ou chronique généralisé décrit sous le nom de *polyarthrite déformante* ;

Le rhumatisme chronique partiel ou arthrite sénile, d'une part, et *rhumatisme chronique des phalanges* (nodosité d'Hoherden), d'autre part ;

Le rhumatisme fibreux dans lequel ce sont les lésions des tissus fibreux (tendons, ligaments) qui sont les plus accusées.

Le rhumatisme chronique tuberculeux, syphilitique, blennorragique, alcoolique.

Rhumatisme chronique simple. — Les observations les plus anciennes que nous ayons trouvées sont celles de Han Jansen (3). L'auteur a publié en novembre 1910 quelques résultats obtenus en faisant ingérer à ses malades de l'eau radioactive, et il rapportait à l'émanation les succès obtenus.

Il avait traité ainsi dix malades atteints de rhumatisme chronique polyarticulaire ; quatre furent très améliorés, deux restèrent stationnaires et quatre abandonnèrent pour

[1] Rapport au IVe Congrès de Physiothérapie des Médecins de langue française.

(1) *Journal de Physiothérapie*, n° 108, décembre 1911, p. 641.

(2) *Berlin. méd. Gesells.*, 18 janvier 1911.

(3) *Archives d'Electricité Médicale*, 10 février 1911, n° 303, p. 143.

(4) *Société française d'Electrothérapie et de Radiologie*, décembre 1911.

(1) *Archives d'Electricité Médicale*, 10 février 1911, n° 303, p. 143.

(2) Gutzent, *Action du radium dans l'organisme.* (Congrès de Radiologie et d'Electricité, Bruxelles, 1910.)

(3) *Ugeskrift for laeger*, novembre 1910, nos 44 et 45.

une cause indépendante du traitement. Sur trois malades atteints de rhumatisme chronique monoarticulaire, il eut deux grandes améliorations et un traitement nul.

Le prof. His (1) publia, en février 1911, un article très documenté sur la question et donna les résultats d'une solution radifère dans la région où l'on voulait agir. La statistique porte sur cent cas (toutefois l'auteur ne nous indique pas à quel genre de rhumatisme chronique il s'est adressé).

Il accuse : 5 guérisons, 29 grandes améliorations, 47 améliorations, 13 échecs, 6 cas où le résultat ne fut pas connu.

Quelques mois après cette communication, j'eus à traiter un malade atteint de rhumatisme chronique simple de l'épaule gauche dont il souffrait depuis plusieurs années avec des rémissions, mais qui cependant lui donnait une certaine impotence fonctionnelle. Je traitai le malade par l'ionisation du radium, pensant donner ainsi à la radiumthérapie son maximum d'action. Je faisais, en effet, arriver au niveau de la région douloureuse une certaine quantité de radium dont l'effet analgésique pourrait se manifester heureusement, et dans les tissus elle donnerait naissance à de l'émanation qui agirait de son côté également. J'obtins après cinq ou six séances (trois par semaine) une amélioration sensible : les mouvements de l'articulation pouvaient se faire avec plus de facilité sans provoquer autant de douleurs, et le malade se trouva à ce point soulagé qu'au bout de quelques séances il demanda à cesser le traitement.

Un confrère, présentant à peu près les mêmes symptômes fut également traité dans les mêmes conditions, mais on dut interrompre assez rapidement car il n'habitait pas Paris et retournait dans le Midi. J'ai eu l'occasion de recevoir des nouvelles de ce confrère quelques mois après ; il m'écrivait qu'il avait été soulagé pendant quelque temps, mais que les douleurs avaient reparu dans la suite ; il avait institué le traitement chez lui, avait encore obtenu une sédation, mais dès qu'il cessait l'ionisation le symptôme douleur réapparaissait.

Rhumatisme noueux. — Jansen (2) signale l'amélioration d'un malade traité par cette variété.

Nous n'avons pas eu personnellement de malades atteints de *rhumatisme chronique partiel* ni de *rhumatisme fibreux*, et dans la littérature médicale nous n'avons pas trouvé d'observation relatant de pareils traitements.

Quant aux derniers types, Jansen rapporte six cas chez lesquels il note deux améliorations parfaites et une bonne amélioration (il s'agissait de *rhumatismes chroniques tuberculeux syphilitiques* et *alcooliques*). Le Dr Zimmern, Mme Fabre et M. Fabre (3) rapportent deux cas d'arthrite bacillaire, un cas d'arthropathie du genou, un cas d'arthropathie-phalango-pharyngienne du gros orteil d'origine indéterminée, un cas d'arthropathie des deux genoux. « Dans tous les cas les auteurs ont constaté un effet résolutif marqué et une diminution très notable, parfois même complète des phénomènes douloureux. »

Avec *l'arthrite gonococcique* nous retrouvons une variété pour laquelle on s'est plus fréquemment adressé à la radiumthérapie et dans laquelle on a obtenu, il faut le dire, un grand nombre de succès.

(1) *Archives d'Electricité Médicale*, 10 février 1911, nº 303.

(2) *Loc. cit.*

(3) Congrès de Dijon, A. F. A. S., août 1911.

Nous ne parlerons pas du rhumatisme gonococcique aigu, qui a fait l'objet d'un nombre assez considérable de communications parmi lesquelles nous retiendrons celles de MM. Claude et Teulière (1); traitement par les boues radifères, de Bartolotti (2), de Turin. Cet auteur associait à l'action des boues celles du courant continu et pensait à l'introduction électrolytique des produits radioactifs; de Mme Fabre (3) qui fit successivement dans les cas rapportés des applications de boues radioactives avec courant continu, puis des applications de radium avec appareils à sels collés.

Le Dr Lucas-Championnière (4) a publié en avril 1910 une observation que nous croyons pouvoir classer dans le rhumatisme chronique gonococcique, étant donnée la persistance dont se plaint l'auteur. Il relate la guérison rapide d'une arthrite blennorragique ayant résisté à tous les traitements et présentant un gros épanchement. Le Dr Dominici fit trois applications d'appareils à sels collés, chaque application d'une durée de vingt-quatre heures ; rapidement, sous l'effet de ce traitement, les douleurs disparurent et la guérison se fit en quelques jours. L'articulation reprit ensuite son état normal. « Le résultat fut des plus remarquables », conclut le Dr Lucas-Championnière.

Le Dr Chevrier (5) publie en mai 1910 un travail résumant la technique qu'il a employée et les résultats qu'il a obtenus avec le radium dans le rhumatisme blennorragique. L'auteur, connaissant les essais faits avec les boues actinifères dans cette affection et s'occupant de l'action des sels insolubles dans l'organisme, a essayé ce procédé pour le traitement du rhumatisme blennorragique. Il s'occupe tout d'abord de la forme hydarthrosique *aiguë* ou *chronique*, les considérant avec le même point de vue ; la longueur seule du traitement varie. Dans ces cas donc, il fait une ponction dans la synoviale et après avoir retiré la plus grande quantité d'épanchement, il y injecte une solution contenant 20 à 40 microgrammes. Dans les cas où il n'y a pas hydarthrose, mais surtout œdème périarticulaire, il fait tout autour de l'articulation malade des piqûres multiples de quelques gouttes chacune de solution radifère.

En quelques heures, il a toujours obtenu une diminution du symptôme douleur, et souvent disparition complète : la mobilisation devient de suite plus facile. La résorption de l'épanchement se fait en quelques jours s'il est aigu, en quelques semaines s'il est chronique. Par suite de la possibilité des mouvements, on prévient alors facilement l'ankylose si fréquente dans cette affection.

CONCLUSIONS

La radiumthérapie est donc un traitement occupant une certaine place dans la *goutte* et le *rhumatisme chronique*. Dans la *goutte*, c'est l'émanation qui semble avoir le rôle actif, quel que soit le procédé employé : que l'on mette le malade dans des bains d'eau radioactive naturelle ou artificielle, que l'on place sur les régions douloureuses des boues radifères, que l'on fasse des injections de solution radifère ou que l'on fasse inhaler directement cette émanation.

(1) Société de Radiologie médicale de Paris, 14 décembre 1909.

(2) IVe Congrès international d'Electrologie et de Radiologie médicale de Barcelone, septembre 1910.

(3) Congrès de Dijon A. F. A. S. 1911.

(4) *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 10 avril 1910.

(5) *Gazette des hôpitaux*, 17-19 mai 1910, t. LXXXIII, nº 56, p. 807 ; in *Archives d'Electricité Médicale*, nº 311, juin 1911, p. 511.

Dans cette affection, le rôle du radium s'est révélé non seulement en faisant cesser les symptômes douloureux, mais aussi en faisant disparaître l'acide urique dans le sang.

Dans le *rhumatisme chronique* le rôle de l'émanation semble moins net, mais la radiumthérapie a ici encore une action irréfutable, car de la quantité d'observations parues, relatant des améliorations et même des guérisons, on est autorisé à dire qu'il est impossible de les rapporter toutes à une simple coïncidence. Les faits sont trop nombreux d'une part, et comme, d'autre part, ce sont surtout les formes gonococciques qui bénéficient de la radiumthérapie et que ces formes sont connues par leur longue durée, devant une amélioration rapide on doit attacher une importance à l'efficacité du traitement mis en œuvre.

Mais ici on utilise les effets multiples du radium, aussi la technique est-elle variée : on fait des applications d'appareils à sels collés, des injections de solutions radifères en utilisant un sel insoluble pour localiser et maintenir le plus longtemps possible, au niveau de la région à traiter, l'effet calmant et antiphlogistique.

Or, avec l'application d'un appareil plan, on réduit facilement cette action au temps limité de l'application ; avec l'injection on porte dans certaines régions des doses de radium, mais on fait cet apport de façon assez irrégulière. Aussi pensons-nous que dans la *goutte* comme dans le *rhumatisme chronique*, on aurait tout avantage à se servir du procédé d'ionisation que nous avons eu l'honneur de présenter à l'Académie le 13 mars 1911. En effet, introduits par ce procédé d'une façon à peu près uniforme dans la région à influencer, les atomes de radium seront des foyers continuels d'émanation au centre de la lésion, d'où action thérapeutique certainement beaucoup plus efficace puisque nous serons à la production même, tandis qu'avec l'inhalation seule nous ne comptons que sur la quantité véhiculée par le torrent circulatoire, quantité décroissant rapidement dès que le malade ne sera plus dans un local clos.

En outre, nous bénéficierons également de la présence du radium dans les tissus ou il s'y manifestera par son action sédative.

Enfin nous aurons ajouté à l'action du radium celle du courant continu, ce qui ne peut être qu'un adjuvant dans notre effet thérapeutique, sans être toutefois le seul. (Laquerrière, Soc. fr. d'électrothérapie et de radiologie médicale, novembre 1911.).

D'ailleurs, ces considérations ne sont pas seulement des vues théoriques, la pratique les a confirmées dans les quelques cas que nous avons à en tirer.

En résumé, la radiumthérapie est un traitement qui a donné dans la goutte des succès indéniables, se manifestant par une diminu-

tion et cessation des douleurs avec disparition rapide et complète de l'acide urique dans le sang, résultat que l'on n'obtient avec aucun autre médicament.

Dans le rhumatisme chronique, les résultats ont été très encourageants, d'autant plus encourageants qu'ils ont été constatés dans certaines formes à évolution et à durée fort longue ordinairement. (1)

Un Corset hygiénique

Après avoir durant des siècles constitué pour les femmes un véritable instrument de torture des plus dangereux pour la santé, le corset, en ces dernières années, a été l'objet de transformations importantes qui l'ont modifié de la plus heureuse façon.

La mode ne permettant pas de supprimer purement et simplement cet accessoire de la toilette féminine, divers médecins et hygiénistes ont pensé fort judicieusement que le mieux était de le modifier, de telle sorte qu'il perdît tous ses défauts pour garder seulement ses avantages.

Et c'est ainsi qu'a été créé le corset moderne dont le modèle le plus parfait est, sans aucun doute, celui tout récemment combiné par M. le docteur Bossard, sous le nom de corset-sangle.

Disposé de telle sorte qu'il fasse à la fois office de corset et de ceinture abdominale, le corset-sangle du Dr Bossard assure une contention parfaite de l'abdomen.

Prenant son point d'appui sur le bassin, ce corset immobilise tous les organes abdominaux qu'il maintient en leur place strictement anatomique et rend impossibles, notamment, tous les déplacements de l'intestin et de l'utérus.

En raison de l'élasticité remarquable du tissu dont il est constitué, le corset-sangle du Dr Bossard évite toute constriction exagérée; de plus, ne montant qu'à 10 ou 12 centimètres au-dessus de la taille, il aisse l'estomac et la poitrine entièrement dégagés et ainsi n'oppose aucun obstacle, comme les corsets des anciens modèles, aux fonctions digestives et respiratoires.

Dans ces conditions, on comprend sans peine que le nouveau « corset-sangle » du Dr Bossard puisse rendre les meilleurs services aux dames souffrant d'affections de l'estomac ou de l'intestin : entéroptose, entérite, troubles divers du tube digestif, dilatation de l'estomac, constipation, etc., rein mobile, déplacements de l'utérus, métrite, faiblesse ou relâchement de la paroi abdominale, ptose généralisée, suites de grossesse et suites d'opérations; appendicite, laparotomie, hystérectomie, etc.

De plus, en raison de la liberté qu'il laisse à la cage thoracique, son usage se recommande également à toutes les personnes atteintes d'affections des voies respiratoires, asthme, oppression, emphysème ou bronchite chronique.

Toutes ces qualités qui font du corset-sangle du Dr Bossard le corset par excellence de la femme souffrante le recommandent également à la femme bien portante et à la jeune fille qui lui devront, en le portant, de ne point connaître aucun des inconvénients si variés que l'on a très justement reprochés aux corsets-ceintures ainsi qu'aux corsets de toilette ordinaires.

Fabriqué sur mesure par la maison Claverie (1), le corset-sangle du Dr Bossard est entièrement fini au métier et constitué par un nouveau tissu élastique, ajouré; il comporte, tissé à même le corset, une partie abdominale renforcée au moment du tissage, qui réalise une excellente ceinture abdominale, et cela sans former d'épaisseur sur le corps.

REVUE DE CLINIQUE

Les localisations pulmonaires de la Pneumococcie sans images radioscopiques

Par MM. les Docteurs E. WEIL et G. MOURIQUAND

I

Nos recherches radiologiques portant sur plusieurs centaines de cas de pneumonie infantile nous ont montré que le plus souvent la pneumonie vraie (succédant à l'infection générale pneumococcique, se révélait sur l'écran par une ombre caractéristique, généralement triangulaire.

Pour admettre la pneumonie on serait tenté d'exiger toujours cette image, révélatrice de l'hépatisation.

Cette façon de comprendre la pneumonie a un caractère d'une rigueur trop absolue pour s'adapter étroitement à toutes les variations cliniques que comporte une infection telle que la pneumonie. Une expérience récente nous a appris, en effet, qu'entre la pneumonie complète, caractérisée à la fois par les signes sthétoscopiques et l'ombre rœntgénienne, et l'infection pneumococcique sans localisation appréciable, il existe toute une gamme d'états intermédiaires, dans lesquels l'auscultation révèle des râles de congestion mobiles ou fixes, des râles fixes avec souffle léger, enfin *des foyers de râles fins avec souffle tubaire et matité*. Ces derniers reproduisent trait pour trait la symptomatologie de la pneumonie aussi bien par les signes physiques que par les troubles fonctionnels et les tracés thermiques, et cependant la radioscopie ne révèle au niveau de la zone des bruits anormaux aucune ombre radioscopique, parfois un nuage léger plus ou moins fugace qui n'a rien de commun avec l'ombre opaque du foyer d'hépatisation vraie.

Devons-nous exclure de pareils faits du cadre de la pneumonie et subordonner le diagnostic de celle-ci à la seule épreuve radioscopique en faisant table rase de toutes les données antérieurement acquises? Nous ne le pensons pas. S'il est vrai que dans certains cas de ce genre il faut conclure à la broncho-pneumonie pseudolobaire, comme nous l'avons établi antérieurement sur des cas vérifiés anatomiquement, il nous paraît excessif de rapporter à la broncho-pneumonie toutes les lésions inflammatoires du poumon sans ombre radioscopique.

Voici des faits dans lesquels, cette ombre faisant défaut, l'ensemble des symptômes et l'évolution même de la maladie comportent, sans aucun doute, le diagnostic de pneumonie.

II

Nous citerons quelques exemples, à nos yeux très démonstratifs :

L Tiss..., 19 mois, crèche Saint-Ferdinand (interne, M. Croizier). Début de l'affection actuelle le 10 décembre par de la toux et des vomissements.

La température, prise depuis le 12 décembre oscille entre 40° et 40° 8.

A l'entrée le 16 décembre, on trouve au niveau de la pointe de l'omoplate droite, un souffle net avec des râles fins. L'enfant est légèrement dyspnéique, sans jeu des ailes du nez. Légère raideur lombaire sans autres signes de méningite.

Le 17 décembre, on note de la matité au niveau du foyer du souffle. Respiration : 64. Pas de tirage, pas de type inverse.

Radioscopie négative. Pas d'ombre nette si ce n'est une très légère diminution de la clarté à la base droite (qui n'a plus été retrouvée).

Le 18 décembre, les mêmes signes persistent, la dyspnée est à 76, sans type inverse. La température continue son plateau à 40°.

Le 20 décembre, défervescence brusque de 40°3 à 37°6. Au thorax signes de *pneumonie* typique avec un souffle tubaire et râles fins à droite.

Rien à la radioscopie. Poumon absolument clair.

Le 21 décembre. Il existe dans la moitié inférieure du poumon droit de la matité; le souffle s'atténue, les râles prennent le timbre de râles de retour.

La radioscopie est absolument négative en particulier au niveau de ce foyer : transparence absolue du poumon.

Le 23 décembre (3 jours après la défervescence): *hémoculture* (M. Dufourt) négative.

Le 26 décembre, les signes physiques persistent en s'atténuant. Rien à la radioscopie, de même que le 27.

Le 2 janvier, tout foyer sthétoscopique a disparu.

Voici donc un exemple où le début, l'évolution, les signes cliniques furent ceux d'une pneumonie et où (sauf à un moment et de façon tout à fait indistincte) jamais un foyer précis d'hépatisation pulmonaire n'est apparu sur l'écran.

Tout s'est passé comme s'il y avait pneumonie vraie, mais l'image pulmonaire a manqué.

Voici une autre observation, voisine de la première, où pendant plusieurs jours des signes cliniques d'hépatisation de la base ont existé en l'absence de toute image radioscopique. Celle-ci est tardivement apparue et n'a jamais montré qu'une ombre atténuée sans que son apparition ait modifié nettement les signes sthétoscopiques.

Ab... (Marie), 2 ans 1/2. Le début, mal précisé, semble remonter à plusieurs jours.

A l'entrée 8 décembre, 39°3, bon aspect, pommettes rouges, pas de dyspnée. Sonorité normale aux deux bases. Pas de signes nets d'hépatisation.

9 décembre. Submatité de base gauche, obscurité respiratoire, râles secs.

Radioscopie absolument négative.

10 décembre. Submatité de la base gauche. Gros souffle à ce niveau avec râles crépitants occupant la moitié inférieure de la base gauche. La limite supérieure du souffle est à la 6e dorsale; la limite inférieure à la 9e.

Radioscopie : clarté parfaite de la base gauche et des deux poumons. Pas d'ombre, même ébauchée.

12 décembre. Mêmes signes de la base gauche :

(1) Encore que l'on ne puisse douter que la radiumthérapie, comme le dit fort bien M. le Dr Haret dans son rapport, soit susceptible de rendre dans la goutte et dans diverses formes du rhumatisme chronique certains services, il n'apparaît pas, cependant, que ceux-ci soient de nature à justifier en tous les cas le recours à ce traitement. Son application fréquemment difficile, au surplus, en vient limiter considérablement l'emploi et fait qu'il ne saurait prétendre à rendre les mêmes services que le simple traitement par l'urodonal, traitement qui assure rapidement l'élimination de l'acide urique en excès et amène ainsi en peu de temps la disparition complète des accidents. M. le Dr Lancereaux, ancien président de l'Académie de médecine, a du reste, comme chacun sait, signalé la haute valeur thérapeutique de l'Urodonal dans son *Traité de la Goutte* que connaissent bien tous les cliniciens.

gros souffle intense et râles crépitants d'une extrême finesse (le souffle ne gagne pas la partie supérieure du poumon).

Radioscopie. Depuis hier, très légère obscurité de la base gauche, ombre floue sans contours nets.

On note : à partir du 14 décembre, la diminution des signes sthétoscopiques; il disparaissent le 22.

Les *radioscopies* des 13, 14, 16 et 17 décembre montrent une atténuation progressive et comme la dissolution de l'ombre légère signalée.

La température a diminué progressivement à partir du 16 décembre (12e ou 13e jour) et n'a atteint la normale que le 19 (15e ou 16e jour). A ce moment, sans qu'il soit possible d'expliquer ce phénomène, l'ombre radioscopique est devenue plus nette alors que les signes sthétoscopiques étaient très atténués. L'ombre a disparu, le 24 décembre.

Ce cas nous a présenté au début de son évolution de gros signes d'hépatisation de la base gauche avec souffle intense, râles crépitants, et qui plus est submatité sans image radioscopique. Une ombre floue apparut ensuite sans que les signes physiques en soient augmentés; elles ne fut jamais plus nette que lorsque les signes physiques étaient en régression et après la chute thermique. L'évolution de la pneumonie fut de plus de seize jours.

Le foyer de localisation pulmonaire ne donna donc au début aucune image malgré ses grosses manifestations sthétoscopiques. La culture du sang (Dufourt) montra des *pneumocoques* dans le sang. Il y eut donc pneumococcie avec localisation pulmonaire révélée au début par la seule auscultation.

III

Ces cas, ou les cas semblables, observés par nous, sont à rapprocher des cas où sur un même poumon ont évolué simultanément des foyers d'hépatisation visibles à l'écran et des foyers pulmonaires invisibles.

Nous venons d'observer quelques-uns de ces cas, dont l'observation suivante est le type.

Enfant M... (Juliette), 2 ans 1/2, salle Saint-Ferdinand (interne, M. Croizier), entre le 19 novembre 1912, serait malade depuis quinze jours (?). Température : 39° 6.

An *thorax* : pas de différence de sonorité à gauche et à droite.

AUSCULTATION (20 déc.) :

A gauche : à la partie moyenne, foyer *très soufflant* avec râles fins très nombreux et confluents.

A droite : râles fins nombreux dans toute la hauteur du poumon, sauf au sommet; à la base, léger souffle.

Radioscopie : rien à gauche, rien à la base droite. *Triangle axillaire droit des plus nets.*

AUSCULTATION (21 déc.) :

Au niveau du triangle (sthétoscope) quelques râles fins.

Base gauche : mêmes signes, souffle moins net.

Radioscopie (28 déc.) : persistance du triangle axillaire, rien aux bases.

AUSCULTATION (13 nov.) :

Poumon droit : énorme plaque de râles fins à la moitié inférieure du poumon : quelques râles dans la région du triangle.

Poumon gauche : souffle intense dans la moitié inférieure du thorax et sur les côtés. Pas de matité.

Pas de dyspnée.

Radioscopie : persistance du triangle droit. Rien à la base droite ; à la *base* gauche : ombre très légère.

25 novembre. Mêmes signes à l'auscultation, mêmes signes à la radioscopie.

30 novembre. Les signes pneumoniques occupent toujours la base droite (pas d'ombre à la radioscopie), ils sont incomparablement moins prononcés au niveau de l'ombre triangulaire, très nette.

Mêmes signes à la base gauche (pas d'ombre).

3 décembre. Souffle tubaire de la base gauche (pas d'ombre).

A droite, on délimite très exactement par l'auscultation la limite supérieure du foyer de râle et de souffle de la base droite. Au niveau de cette limite supérieure on colle une série de plomb. La région du triangle est silencieuse.

A la *radioscopie*, la limite supérieure du foyer basilaire (indiquée par les plaques de plomb) est située à un bon travers de doigt au-dessous du foyer d'hépatisation vraie triangulaire très net.

Le triangle et les signes stéthoscopiques s'atténuent progressivement. La température n'est revenue à la normale que quinze jours après l'entrée dans le service (18e jour du début environ).

Ce cas est extrêmement intéressant, car il nous montre un foyer d'hépatisation vraie (triangle radioscopique) à peu près silencieux à côté de lésions tapageuses (souffle tubaire, râles fins), de pseudo-hépatisation; sans image radioscopique. Ce cas est une vraie synthèse. Il nous indique avec quelle prudence il faut localiser le foyer d'hépatisation ; celui-ci n'est pas forcément au niveau du foyer à manifestation maxima. Il est souvent — chez l'enfant — haut situé dans l'aisselle, effacé, silencieux, et souvent les manifestations les plus bruyantes de la localisation pulmonaire appartiennent à des foyers de moindre importance (congestion, splénisation à sa périphérie ou loin de lui.

Et les cas que nous venons d'étudier nous donnent encore une fois la mesure de la valeur de l'étude radiologique de la pneumonie de l'enfant.

La juxtaposition de ces observations avec celles de pneumonies accompagnées d'ombres radioscopiques nettes n'a qu'une seule conclusion possible, c'est que l'ombre radioscopique et les signes stéthoscopiques ne correspondent pas toujours à la même lésion. Et cette notion, quelque peu inattendue pour nous-même, ne laisse pas que de se confirmer quand on pratique l'étude des faits, en partant de ce point de vue nouveau. En effet, l'ombre radioscopique dont la signification ne peut être contestée ne s'accompagne pas forcément de signes stéthoscopiques patents (souffle, râles).

Dans un certain nombre de cas, le triangle radioscopique était muet soit pendant toute l'évolution de la maladie, soit dans les premiers jours de l'affection.

D'autre part, dans les faits de pneumonie complète avec triangle radioscopique et signes d'auscultation, les deux ordres de phénomènes ne correspondent pas toujours, c'est du moins ce qui ressort de l'étude de trois cas nouveaux récemment observés, dans lesquels nous avons repéré avec des disques de plomb fixés au collodion les contours de l'image radioscopique et dans lesquels aussi nous avons précisé à l'auscultation localisée la zone des signes stéthoscopiques. Ces trois cas ont tous répondu de la même façon : il y avait juxtaposition des signes visuels et auditifs et non superposition ; c'est autour, au-dessus ou au-dessous du triangle radioscopique qu'on perçoit le souffle. Celui-ci peut effleurer les bords de l'ombre, mais il ne pénètre pas dans son plein.

Triangles radioscopiques muets, triangles avec signes stéthoscopiques sont donc en accord pour attribuer dans certains cas la production du souffle tubaire à une autre lésion que l'hépatisation proprement dite; dès lors, il est facile de saisir pourquoi une pareille lésion peut évoluer seule sans aboutir au degré maximum de son évolution, degré qui correspond à la production de l'ombre radioscopique.

Nous ne nous dissimulerons pas que de pareils faits ne seront pas admis sans discussion puisqu'ils remettent en question les théories classiques relatives au mécanisme du souffle tubaire. Mais, c'est là un ordre d'idées que nous ne pouvons aborder actuellement, nous nous contentons pour l'instant de présenter des faits. (1)

REVUE DE PATHOLOGIE

Sur l'origine syphilitique de la chorée de Sydenham

Par MM. les docteurs H. GRENET et SÉDILLOT

Lorsque M. Milian est venu soutenir que la syphilis joue un rôle considérable dans l'étiologie de la chorée, il n'a guère trouvé que des contradicteurs (2). Il a rapporté pourtant quelques faits impressionnants et, à la séance suivante, M. Babonneix déclarait avoir trouvé, dans 25 p. 100 des cas de chorée, des raisons de penser à la syphilis (3) : « La syphilis héréditaire, disait-il, se retrouve dans les antécédents de certains choréiques. Toute la question est de savoir si, dans l'étiologie de la chorée, elle joue un rôle prédisposant ou déterminant, et de fixer le nombre de cas dans lesquels elle intervient. »

Nous voulons aujourd'hui verser au débat deux faits. Pour le premier, il semble que l'on peut éliminer absolument toute hypothèse de syphilis. Le second est singulièrement troublant, parce qu'il nous montre une chorée de Sydenham se développant chez une malade présentant des accidents syphilitiques en évolution et indemne de toute autre maladie infectieuse.

OBS. I. — P..., Bleuette, 8 ans et demi, a eu en avril 1912 une première atteinte de chorée grave, qui a guéri en deux mois par le repos et l'isolement. Nous avons, à ce moment, présenté la malade à la *Société de Pédiatrie*, à cause des symptômes organiques qu'elle présentait (4). Dans les antécédents, on ne trouve que quelques douleurs articulaires vagues et la varicelle peu de temps avant le début de la chorée.

Il y a un mois (9 décembre 1912), l'enfant est rentrée à l'hospice des Enfants-Assistés, avec une récidive, beaucoup plus légère, de chorée. Nous avons recherché chez elle les signes d'hérédo-syphilis et n'en avons trouvé aucun.

La mère a eu cinq enfants, tous vivants (notre malade est la deuxième) ; elle n'a fait aucune fausse couche.

Le père est bien portant ; il nie la syphilis, et nous n'en constatons aucun stigmate. La réaction de Wassermann, pratiquée par le Dr Bauer chez le père, la mère et la malade, s'est montrée chez tous trois absolument négative.

OBS. II. — D..., Rosine, âgée de onze ans, entre le 18 septembre 1912 au dépôt de l'hospice des Enfants-Assistés. Le 4 novembre, elle entre, pour chorée, à l'infirmerie de l'hospice.

Avant de venir aux Enfants-Assistés, cette enfant suivait, depuis le mois de juin, à l'hôpital des Enfants-Malades, un traitement mercuriel (frictions), pour des accidents oculaires sur lesquels nous aurons à revenir.

La malade présente des mouvements choréiques de moyenne intensité, surtout marqués aux membres du côté droit. Ces mouvements, qui sont presque continus, s'exagèrent au moment de l'examen. On trouve, au dynamomètre, une diminution notable de la force musculaire, surtout du côté droit.

On note principalement des mouvements de rotation et d'inclinaison de la tête, des mouvements des commissures des lèvres, des battements des paupières, des mouvements de propulsion de la langue quand on ordonne d'ouvrir la bouche.

(1) Soc. médic. des hôp. de Lyon.

(2) *Soc. Méd. des Hôp.*, 29 novembre 1912.

(3) *Soc. Méd. des Hôp.*, 6 décembre 1912

(4) H. Grenet et P. Loubet. Chorée de Sydenham avec symptômes nerveux organiques. *Soc. de Pédiatrie*, 23 avril 1912.

Les mouvements volontaires des membres supérieurs sont exécutés sans difficulté, mais interrompus souvent par des mouvements choréiques.

La marche est possible, légèrement irrégulière et santillante.

Il n'y a pas d'hypotonie musculaire ni de troubles bien nets de la diadococinésie.

Les réflexes patellaires, surtout à droite, sont retardés et prolongés.

Le réflexe du gros orteil se fait en extension du côté droit. Du même côté, on note une ébauche du signe de l'éventail.

Les signes d'Oppenheim, de Gordon et de Schæffer sont positifs du côté droit, négatifs à gauche.

Pas de flexion combinée de la cuisse et du tronc, pas de syncinésies.

Troubles oculaires. — Au mois de juin, avant le traitement suivi aux Enfants-Malades, R... accusait une cécité presque complète. Depuis le début du traitement, l'amélioration a toujours été en s'accentuant et elle continue encore à l'heure actuelle. La vision est encore troublée, mais l'enfant distingue à peu près les objets et se dirige facilement.

Examen des yeux, pratiqué par le Dr Dolbeau. — Inégalité pupillaire.

Œil gauche mydriatique ; mais la pupille réagit bien à la lumière.

Sur la cornée, on constate un leucome non adhérent (suite de kératite superficielle) ; il n'occupe qu'une partie restreinte, mais empiète sur la pupille et trouble la vision.

Œil droit : synéchies postérieures, suites d'iritis probablement d'origine syphilitique.

Autres signes de syphilis. — On remarquera le front olympien de la malade, avec bosses frontales saillantes, l'existence d'érosions aux incisives supérieures.

Pas d'exostoses ; pas de lésions cutanées ou muqueuses.

Rien à noter au niveau des autres organes. Cours normal.

Traitement. — Alitement et isolement.

Le 8 novembre, injection intra-musculaire de 0 gr. 15 d'arsenobenzol ;

Le 15 novembre, nouvelle injection intramusculaire de 0 gr. 15 et le 16 novembre, lavement de 0 gr. 20 d'arsenobenzol

Evolution. — Le 10 décembre, les mouvements choréiques ont à peu près disparu. Les réflexes sont redevenus normaux ; les signes de Babinski, d'Oppenheim, de Gordon et de Schæffer sont négatifs.

Aujourd'hui, 17 janvier, il y a une très légère reprise des mouvements ; le signe d'Oppenheim est positif à droite. Le réflexe du gros orteil se fait en flexion.

Réaction de Wassermann. — La réaction de Wassermann recherchée le 11 décembre par le Dr Bauer, s'est montrée subpositive.

Antécédents personnels. — L'enfant n'a jamais eu ni rhumatisme, ni fièvre typhoïde, ni maladie infectieuse de quelque importance. Les seuls troubles sérieux dont elle ait souffert sont les accidents oculaires qui ont commencé à se manifester vers le milieu de l'année 1912.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort de *paralysie générale*, à l'âge de quarante-trois ans, à Ville-Evrard.

La mère souffre de douleurs articulaires. Elle a eu cinq grossesses, dont quatre avec accouchement avant terme et mort des quatre enfants.

Tels sont les faits que nous tenions à rapporter. La première observation prouve simplement que la chorée de Sydenham peut évoluer en dehors de toute syphilis, ce qui n'est contesté par personne, bien que M. Milian semble vouloir faire une part très large à la syphilis dans l'étiologie de la chorée.

Dans notre seconde observation, la syphilis est indiscutable : paralysie générale du père, accouchements avant terme de la mère, stigmates dystrophiques, iritis améliorée par le mercure chez l'enfant, réaction de Wassermann subpositive. Ce qui est particulièrement frappant et ce qui donne à notre cas une importance tonte spéciale, c'est ce fait que la chorée s'est développée, non seulement chez une hérédo-syphilitique, mais bien chez une hérédo-syphilitique présentant des accidents oculaires, améliorés sans doute par le traitement, mais encore en évolution.

Chacun pourra interpréter ce cas comme il le voudra ; on pourra parler de simple coïncidence. C'est pour le moins une coïncidence fort troublante ; et, quelles que soient les objections *a priori* faites à la théorie de l'origine syphilitique de la chorée de Syndenham, on ne peut se défendre de l'idée que, chez cette malade, la syphilis a dû jouer un rôle de cause prédisposante, et même de cause déterminante (1).

(1) *Soc. Méd. des Hop.*

REVUE DE THERAPEUTIQUE

Le traitement de la dysenterie amibienne

M. le professeur Chauffard vient d'attirer l'attention sur une nouvelle méthode de traitement de la dysenterie amibienne.

En 1907, Rogers, de Calcutta, avait montré que l'ipéca à hautes doses est capable de prévenir l'apparition des abcès dysentériques du foie, ou de les enrayer au stade présuppuratif.

Par les injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine, à la dose de 3 à 4 centigrammes, 1 à 2 fois par jour pendant 4 à 5 jours, on obtient, d'après Rogers, la guérison presque immédiate de la dysenterie amibienne. Il s'agit là d'une vraie action spécifique, car expérimentalement une solution d'émétine à 1 pour 10.000 tue instantanément les amibes, et, à 1 pour 100.000, en quelques minutes.

Chez le malade de M. Chauffard, la fistule hépato-bronchique durait depuis cinq mois et il était rendu par jour, avant le traitement, 200 à 250 cc. de pus rougeâtre : une ulcération dysentérique existait dans le rectum ; la température oscillait entre 37° et 38°, l'état général était très médiocre ; l'examen radiologique montrait une opacité étendue de la base du poumon droit, se confondant avec l'obscurité hépatique.

Du 21 au 25 décembre, on pratique 6 injections de 4 centigrammes chacune de chlorhydrate d'émétine. Elles sont parfaitement supportées, sans trouble physiologique quelconque.

L'expectoration de 200 cc. passe le premier et le second jour à 150 cc., à 60 le troisième jour, à 45 le quatrième jour, le cinquième jour il n'est rendu que 3 crachats et, depuis lors, l'expectoration est restée nulle.

En même temps, la température tombe au-dessous de 37° et s'y maintient. La leucocytose descend de 49.000 à 19.800, la polynucléose de 77 à 63. L'ulcération rectale se cicatrise. La base du poumon droit redevient claire.

Le malade est depuis lors pleinement guéri et a engraissé de près de 6 kilogs.

Une telle guérison, et si rapide, ne peut se comprendre que par une *action spécifique* de l'émétine sur les amibes. On comprend toute l'importance d'un tel fait, et combien sont désirables des recherches de contrôle. La méthode de Rogers nous donnerait pour la dysenterie amibienne ce que la sérothérapie a fait pour les dysenteries bacillaires.

REVUE DE CHIRURGIE

La détersion et le drainage du Péritoine

Par M. le Dr Marc ROUSSIEL (de Bruxelles)

Après ablation de l'appendice, il reste toujours dans la cavité péritonéale des épanchements septiques dont la résorption continue pourrait entraîner la septicémie et la mort.

Quelle est la meilleure conduite à tenir vis-à-vis de ces épanchements ?

Murphy (1) de Chicago, convaincu que la tension excessive du pus dans la cavité péritonéale constitue le point le plus dangereux dans la péritonite aiguë généralisée, se contente de faire une incision évacuatrice, dans laquelle il a soin de placer un petit drain destiné à maintenir une diminution constante de la pression du pus dans le péritoine. De nombreux chirurgiens anglais et américains ont adopté cette méthode.

Malgré les succès fréquents relatés par Murphy et ses partisans, nombreux sont encore les chirurgiens qui ont recours soit au lavage, soit à l'assèchement du péritoine.

Je ne rappellerai que pour mémoire l'usage des solutions antiseptiques jadis utilisées dans le lavage du péritoine. L'emploi de ces substances fut rejeté à la suite des travaux expérimentaux du professeur Delbet (2).

Le lavage du péritoine, même pratiqué avec la solution physiologique, n'est pas sans présenter des dangers. On peut lui reprocher avec raison de favoriser la diffusion de l'infection à toutes les zones du péritoine. Il arrive fréquemment, au début de l'infection péritonéale provoquée par la perforation d'un viscère, que les exsudats toxiques soient surtout accumulés dans certains districts de la sérense péritonéale. Le lavage pratiqué dans de telles circonstances aurait pour résultat de répandre, d'une façon uniforme, dans le péritoine, les exsudats pathologiques et d'en augmenter la résorption. Je ne reviendrai pas ici sur le pouvoir absorbant des diverses parties de la séreuse péritonéale. J'ai longuement insisté sur ce point dans un travail sur la physiologie du péritoine (3).

Rehn (4) et Nœtzel (5) prétendent que les dangers du lavage du péritoine seraient nuls si l'on avait soin de se conformer aux règles suivantes : 1° injecter le liquide sous une faible pression ; 2° pratiquer une ou deux contre-ouvertures pour éviter la pression intraabdominale ; 3° faire l'injection dans le sens centrifuge ; 4° relever le buste pour éviter le contact du liquide avec le diaphragme ; 5° protéger cette dernière membrane avec des compresses lorsqu'on doit pratiquer le lavage dans la position de Trendelenburg.

La technique de Rehn et de Nœtzel constitue certes une amélioration apportée à la technique du lavage. Elle ne peut prétendre, cependant, empêcher toute résorption, puisque la solution physiologique arrive en contact avec les vaisseaux sanguins du mésentère et du grand épiploon. Or, ces vaisseaux sanguins jouent le principal rôle dans l'absorption des liquides et des toxines qui s'y trouvent dissoutes. Déjà en 1911, j'ai démontré que la ligature du canal thoracique au niveau de la région cervicale, chez le chien, n'entravait nullement la résorption des épanchements péritonéaux artificiels

(1) Murphy, John. Perforative peritonitis. (*Surgery, Gynekology and Obstetrics*, juin 1908, pp. 565-598.)

(2) (Delbet, Pierre). De l'action des antiseptiques sur le péritoine. Recherches experimentales, Paris, 1891.

(3) Roussiel, Marc. Contribution à l'étude de la physiologie normale et pathologique du péritoine. Bruxelles, 1911, pp. 146-149.

(4) Rehn. Ueber die Behandlund, infectiöseitriger Processe im Peritoneum. (*Archiv. für klinische Chirurgie*, t. LXVII, 1912, pp. 790-803.)

(5) Noetzel, W. Die operative Behandlung der diffusen eiterigen Peritonitis. (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. XC, 1909, p. 639.)

et que, par conséquent, la voie sanguine jouait le rôle prépondérant dans la résorption de liquides injectés dans le péritoine. En outre, j'ai pu démontrer, grâce à des fistules du canal thoracique, établies au niveau de la région cervicale, que la quantité de lymphe thoracique éliminée pendant la période de résorption d'un épanchement artificiel, se rapprochait de la normale.

De nombreux chirurgiens donnent actuellement leurs préférences à l'assèchement. Cette méthode offre l'avantage d'être plus rapide, de n'entraîner aucune dissémination de l'infection, de n'exposer le malade à aucune résorption toxique.

Quelle est la meilleure de ces méthodes? Si l'on s'en rapportait uniquement aux statistiques, c'est la méthode de Murphy qui devrait prévaloir. En effet, ce chirurgien obtient 96 0/0 de guérisons avec sa méthode. Brunner n'obtient que 73 0/0 de guérisons avec l'assèchement. Avec le lavage, Nœtzel n'enregistre que 50 0/0 de guérisons. Toutefois nous ne devons pas baser uniquement nos convictions sur des statistiques, surtout en matière de péritonites. Beaucoup de chirurgiens confondent encore la péritonite migratrice, progressive, avec la péritonite généralisée d'emblée. Il eût été impossible à Murphy d'affirmer la généralisation de la péritonite, grâce à ses incisions très minimes. Il est donc très vraisemblable que cet auteur ait accumulé dans sa statistique des cas de péritonite aiguë enkystée avec des cas de péritonite aiguë généralisée. Cette dernière variété de péritonite est excessivement grave et son pronostic dépendra avant tout de la précocité de l'intervention. C'est pourquoi les chirurgiens ont tort, à mon avis, d'attribuer leurs succès à cette détersion momentanée du péritoine dont ils avouent l'insuffisance et l'imperfection en ayant recours au drainage.

J'estime que l'on doit se borner à l'assèchement partiel et rapide de la séreuse péritonéale au cours de l'intervention afin de diminuer le shock opératoire résultant de l'anesthésie et des manipulations opératoires. Cet assèchement sera parachevé par un drainage bien établi. Cette dernière considération m'amène à discuter la valeur des divers moyens de drainage utilisés par les chirurgiens dans la péritonite. Cependant, certains chirurgiens ne considèrent pas comme nécessité absolue le drainage même dans la péritonite aiguë. Brunner, Blake, Korte, Dudgeon et Sargent ont relaté des cas de guérisons de péritonites aiguës consécutives aux perforations récentes de l'estomac et du duodénum, sans avoir recours au drainage. Il ne s'agit là que d'une conduite d'exception s'adressant à des cas de péritonite récente et de généralisation plutôt douteuse.

Les moyens utilisés pour faciliter l'écoulement au dehors des exsudats péritonéaux sont nombreux : incisions abdominales multiples, laissées béantes : drains rigides ; drains en caoutchouc ; mèches de gaze ; drains et mèches combinées.

Les incisions multiples, laissées béantes, semblent être complètement abandonnées. Elles favorisaient la paralysie intestinale et la stagnation des liquides péritonéaux. Les drains rigides en métal ou en verre ne sont pas sans présenter de graves inconvénients. Ils peuvent contusionner soit l'intestin, soit les vaisseaux, et entraîner le sphacèle de ces organes. Leur emploi tend à disparaître.

Les drains en caoutchouc offrent une garantie beaucoup plus grande. Ils seront souples. Leur diamètre ne dépassera pas un demi-centimètre ou un centimètre. Comme aux drains rigides, on leur a reproché d'avoir parfois provoqué l'ulcération des vaisseaux sanguins.

D'après Lenormant (1), ces accidents observés surtout dans le drainage des abcès pelviens d'origine appendiculaire seraient dûs à la compression des vaisseaux, au niveau de la ligne innominée, par les drains plongés dans le bassin et ressortant par l'incision iliaque. Je n'ai jamais observé pareil accident en ayant recours à des drains souples.

D'autres griefs ont été formulés par le professeur Delbet (1) à l'adresse du drainage réalisé à l'aide des drains en caoutchouc. Ces reproches sont les suivants :

1° Le fonctionnement des tubes à drainage est très aléatoire. Les anses intestinales, en obstruant leurs orifices, peuvent empêcher les liquides d'y pénétrer ;

2° Ces tubes, peuvent, en outre, être oblitérés par des coagulations fibrineuses ;

3° Il se produit rapidement autour des différents drains, même s'ils sont aseptiques, des adhérences qui les isolent de la grande cavité péritonéale ;

4° Par suite, il est impossible d'obtenir un drainage efficace et durable de la grande cavité péritonéale. On a vu en clinique des collections se former tout près des drains, derrière les adhérences qui les isolaient.

5° La sérosité qui s'écoule par les drains, doit venir, dans la majorité des cas, de transsudations qui se font par les adhérences dans la petite cavité formée autour de ces drains.

Ces diverses objections me semblent fondées. J'ai pu vérifier, chez le chien, avec quelle rapidité des drains placés dans la cavité pelvienne étaient entourés par des adhérences solides constituées par l'épiploon et les anses grêles agglutinées par des exsudats fibrineux.

Les drains seuls n'offrent donc aucune garantie d'un drainage efficace et durable de la cavité péritonéale. D'après Delbet, les drains capillaires (mèches de gaze ou de coton) seraient supérieurs aux précédents. Je suis loin d'admettre l'opinion de Delbet au sujet de l'efficacité des mèches. Ces dernières s'entourent, en effet, peut être encore plus rapidement que les drains, d'adhérences solides qui s'opposent à la filtration des liquides venant de la grande cavité péritonéale. Il est de règle d'observer une issue assez considérable de liquide après l'extraction des mèches. Pour les mêmes motifs, nous rejetterons le tamponnement de Mickulicz et de Weber.

Bref, aucune des méthodes précédentes de drainage n'assure un écoulement régulier des exsudats péritonéaux parce que les drains ou mèches utilisés s'entourent rapidement d'adhérences. La méthode idéale de drainage péritonéal serait évidemment celle qui, tout en assurant un drainage efficace et durable de la cavité péritonéale, permettrait d'exalter les moyens de défense locale et générale de l'organisme et d'annihiler les germes infectieux contenus dans le péritoine. Le drainage du péritoine suivant la méthode oxygénée réalise en partie ces desiderata.

C'est incontestablement à notre éminent maître le professeur Thiriar (2) que revient le mérite d'avoir perfectionné et vulgarisé cette méthode par une série de travaux remarquables.

***

Après assèchement partiel de la cavité péritonéale et traitement approprié de la lésion causale de la péritonite, on dispose dans la cavité abdominale, généralement dans la cavité pelvienne, deux drains en caoutchouc adossés et munis d'orifices latéraux au niveau de leurs extrémités en rapport avec les zones profondes de l'abdomen. Ces drains ressortaient par l'angle inférieur de l'incision de la paroi abdominale. Cette dernière était ensuite suturée dans toute son étendue, sauf au niveau de l'orifice réservé aux drains. Après un pansement aseptique de la plaie opératoire et fixation des drains dans l'intérieur du pansement à l'aide d'une épingle de sûreté, un courant continu d'oxygène d'assez forte intensité était amené dans le péritoine par l'un des drains relié à une bonbonne d'oxygène. Cette forte intensité du courant gazeux était de courte durée et destinée à amener un assèchement complet de la cavité péritonéale. Le courant gazeux était ensuite réglé de manière à débiter 150 à 200 bulles par minute. La sortie du gaz entraînant les sécrétions pathologiques était assurée par le second drain plongeant dans une solution antiseptique.

Je pense toutefois qu'il y aurait lieu de modifier cette technique du drainage oxygéné dans la péritonite aiguë généralisée ayant pour cause l'infection des viscères haut situés dans la cavité abdomidale. L'arrivée de l'oxygène dans le péritoine devrait se faire par des drains situés dans la partie supérieure de l'abdomen. La sortie de ce gaz et des sécrétions péritonéales serait assurée par des drains iliaques et sus-pubiens. Il se produirait de la sorte un courant gazeux allant du diaphragme vers la cavité pelvienne.

Cette méthode de drainage jointe à la position assise de Fowler serait de nature à faciliter singulièrement l'écoulement au dehors des exsudats pathologiques.

Quelle est la durée qu'il convient d'assigner au drainage péritonéal par la méthode oxygénée dans la péritonite?

Je rappellerai à ce sujet les conclusions émises dans mon travail sur la physiologie du péritoine (1).

Il est impossible de donner à ce sujet, une réponse uniforme. Tantôt le drainage sera maintenu pendant trois à quatre jours, tantôt pendant sept jours et même davantage. On prolongera le drainage aussi longtemps que l'on observera des ascensions fébriles et une leucocytose élevée et que les drains donneront issue à du liquide purulent. Même lorsque les phénomènes graves d'infection auront disparu et que le nombre des leucocytes se sera rapproché de la normale, il sera prudent de maintenir l'action du drainage encore pendant quelques jours. Pendant ce temps, on surveillera la marche de la température et de la leucocytose. Si ces deux dernières ne montrent aucune tendance à l'élévation, on ne courra aucun risque en enlevant les drains.

Quels sont les principaux avantages du drainage péritonéal suivant la méthode oxygénée?

Le premier de ses avantages est d'assurer un drainage efficace et durable de la cavité péritonéale. Cette affirmation est basée sur la constatation des faits suivants déjà relatés dans mon travail sur la physiologie du péritoine (2) :

1° Les recherches expérimentales de Delbet sur le drainage du péritoine nous ont appris que les drains placés dans le péritoine du chien étaient complètement entourés, au bout de 48 heures, d'adhérences qui les isolaient de la grande cavité péritonéale. Or, j'ai démontré que ces drains placés dans le péritoine restaient en communication avec la grande séreuse péritonéale et presque libres de toutes adhérences si l'on faisait passer à travers leur lumière un courant continu d'oxygène ;

2° Il m'est arrivé de devoir réintervenir par la laparotomie chez des malades traités antérieu-

(1) Lenormant, Ch. Le hémorragies par ulcération artérielle dans l'appendicite suppurée. (*La Presse médicale*, 1912, n° 94, pp. 958-959.)

(1) Delbet, P. Expériences et réflexion sur le drainage du péritoine.

(2) Thiriar, J. De l'emploi de l'oxygène en chirurgie (eau oxygénée et gaz oxygène. (*Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 25 novembre 1899.) — De la méthode oxygénée dans les infections chirurgicales et spécialement dans les arthrites suppurées du genou (*Ibidem*, 27 juin 1903.) — La technique opératoire et les indications générales de la méthode oxygénée. (*Ibidem*, 28 mai 1904). — Le traitement du furoncle et de l'anthrax par le gaz oxygène. (*La Clinique*, 1904 n° 1). — La méthode oxygénée en gynécologie. (*La Clinique*, 20e année, 1906, n° 31, pp. 601-610 et suiv., n° 32, pp. 621-633.)

(1) Roussiel, Marc. *Loco citato*, p. 357.

(2) Roussiel, Marc, *Loco citato*, pp. 358, 360, 361, 362.

rement par le courant continu d'oxygène dans le péritoine. Jamais je n'ai observé de cloisonnements péritonéaux au niveau des régions occupées antérieurement par les drains :

3° La régularité de sortie du gaz et des exsudats péritonéaux par les drains, le léger météorisme abdominal existant pendant toute la durée du fonctionnement du courant continu d'oxygène, la possibilité de faire ressortir par un drain lombaire ou sous-hépatique le gaz injecté dans la cavité pelvienne et cela même au cinquième jour de l'établissement du courant, prouvent amplement qu'on parvient par la méthode oxygénée à assurer un drainage parfait et durable de la cavité péritonéale.

Tandis que les autres procédés de drainage ne remplissent qu'un rôle purement mécanique, le drainage du péritoine par la méthode oxygénée exerce, outre un drainage efficace et durable de la cavité abdominale, une série d'influences favorables à la défense de l'organisme. Je ne ferai que mentionner ces influences, renvoyant, pour les détails, à mon travail sur la physiologie du péritoine (1). Ces actions sont les suivantes :

1° L'oxygène injecté dans le péritoine renforce la leucocytose de l'exsudat ;

2° L'oxygène injecté dans la cavité abdominale favorise les phénomènes d'exsudation péritonéale ;

3° L'oxygène injecté dans le péritoine retarde la résorption des liquides injectés dans cette séreuse ;

4° Les insufflations intra-péritonéales d'oxygène retardent la résorption des épanchements péritonéaux septiques ;

5° L'oxygène insufflé dans le péritoine stimule les propriétés phagocytaires des leucocytes vis-à-vis des microbes ;

6° L'insufflation endopéritonéale d'oxygène renforce la leucocytose générale ;

7° L'insufflation intrapéritonéale d'oxygène favorise le péristaltisme intestinal ;

8° L'oxygène favorise la régénération du tissu endothélial. Tels sont les principaux avantages des insufflations intrapéritonéales d'oxygène.

Elles exercent également leur action bactéricide sur les anaérobies qui joueraient un grand rôle dans un grand nombre de péritonites d'origine appendiculaire.

L'influence heureuse de l'oxygène sur l'évolution des péritonites a été confirmée par les travaux de Dufour (2), de Thiriar(3), d'Herman (4), de Javaux (5), de Rouffart (6), de Goffinet (7), de Bainbridge (8), de Weiss et Sencert (9), de Banzet (10), d'Arnaud (11). Quant à la position à donner à l'opéré après l'intervention, je pense que la position demi-assise préconisée par Fowler, doit être choisie dans tous les cas. Mieux que toute autre, cette position permet aux liquides de s'accumuler au niveau du péritoine pelvien qui, après le péritoine pariétal, représente la partie du péritoine où les dangers de résorption toxique sont les moins à redouter.

Je ne m'étendrai pas ici sur les soins postopératoires à donner aux opérés de péritonite. On s'efforcera d'augmenter leur résistance par les injections sous-cutanées de sérum artificiel, de substances leucocitoxiques. L'entéroclyse de Murphy rendra de grands services surtout dans les cas de paralysie intestinale.

(1) Roussiel, Marc. *Loco citato*, pp. 364 à 368.

(2) Dufour, Edouard. Cas d'épiplocèle inguinale étranglée compliquée de péritonite purulente. Traitement oxygéné. Guérison. (*La Clinique*, 1903.)

(3) Thiriar, Lucien, Plaie pénétrante de l'abdomen avec perforation intestinale. Laparotomie. Emploi de la méthode oxygénée. Guérison. (*La Clinique*, 1909, p. 365.)

(4) Herman, R. De l'emploi en chirurgie de l'oxygène sous pression. (*La Revue chirurgicale belge et du Nord de la France*, 1903, pp. 93-98.)

(5) Javaux, A. Emploi systématique du gaz oxygène à courant continu dans les infections abdominales. (*Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1904-1905, pp 29, 51, 57.)

(6) Rouffart. Kyste de l'ovaire suppuré avec péritonite purulente. Traitement par l'oxygène. *Journal de Chirurgie et Annales de la Société belge de Chirurgie*, 1904, pp. 232-237.)

(7) Goffinet. Perforations intestinales multiples par coup de poignard. Sutures intestinales. Guérison. (*La Clinique*, 1905.)

(8) Bainbridge, Seaman. The intra-abdominal administration of oxygen. (*Annal of Surgery*, 1909, pp. 305-319.)

(9) Weiss et Sencert. De l'emploi du courant continu d'oxygène en chirurgie, abdominale. (*Revue de Chirurgie*, 1910, pp. 563, 581, 863, 886.)

(10) Banzet. De l'insufflation continue d'oxygène dans le traitement des péritonites généralisées (*La Presse médicale*, 1911, n° 9, pp. 82-83.)

(11) Arnaud, L. L'injection intra-péritonéale d'oxygène dans le traitement des péritonites diffuses aigues. (*Lyon Chirurgical*, 1er octobre 1912.)

PRATIQUE MÉDICALE

La Médication de la Toux : L'Efficacité de l'Hélénine et ses avantages

Parmi les médicaments que l'on prescrit contre la toux, l'hélénine tient la première place. Qualifiée par Bouchardat de calmant efficace, elle agit plus sûrement et plus promptement que les opiacés, sans avoir comme eux l'inconvénient de troubler les fonctions digestives et de déterminer l'anorexie. Bien au contraire, tout en faisant cesser les quintes les plus rebelles, elle excite l'appétit et facilite la digestion comme les amers aromatiques et tout praticien appréciera l'importance de cette double propriété chez les phtisiques trop souvent atteints d'inappétence. Dans la tuberculose pulmonaire, sous l'influence heureuse de l'hélénine, a écrit Audhoui, médecin des hôpitaux de Paris, l'insomnie provoquée par la toux opiniâtre cesse, l'oppression disparaît, l'agitation se calme, l'expectoration se modifie et diminue toujours de quantité ; on constate en outre la disparition progressive et parfois complète des bacilles de Koch dans les crachats.

L'hélénine s'administre de préférence sous forme de globules du Dr de Korab à la dose de deux à quatre par jour. Chez l'enfant et surtout dans la coqueluche, où elle donne de merveilleux effets que Dujardin-Beaumetz a relatés dans son *Dictionnaire de thérapeutique*, il est préférable de donner le sirop de Korab à la dose de quatre à cinq cuillerées par jour.

Dans le traitement de la bronchite chronique et de la tuberculose, les globules à l'hélénine créosotée du Dr de Korab, donneront les meilleurs résultats, à la dose de deux à quatre par jour, sans incommoder les estomacs les plus délicats.

CARNET DU PRATICIEN

Séborrhée sèche (Dartres du visage)

1° Eviter les irritations locales causées par le vent, le soleil un peu trop ardent, l'emploi des fards et autres produits de toilette ;

2° Se laver à l'eau chaude et sans savon. Au besoin, ajouter à l'eau servant aux ablutions une cuillerée à café de bicarbonate de soude ou de coaltar saponisé.

3° Lotions le soir avec un tampon d'ouate imbibé de :

Acide salicyque	1	gramme
Alcool à 60°	10	—
Eau	100	—

Sécher ensuite la peau, puis pratiquer une onction avec la pommade suivante :

Vaseline	10	grammes
Lanoline	10	—
Eau de roses	10	—
Oxyde de zinc	4	—

Quand ce traitement demeure sans effet, recourir à la préparation suivante :

Huile de bouleau	1	gramme
Resorcine	0	gr. 25
Oxyde de zinc	4	—
Lanoline	8	—
Vaseline	12	—

Au cas où la peau est rouge et les squames grasses ou humides, on usera de la poudre ci-dessous :

Soufre précipité	1	gramme
Poudre de talc	50	—

Embolie pulmonaire

Le traitement est essentiellement symptomatique contre la dyspnée et l'état syncopal menaçant :

1° Pratiquer d'heure en heure une injection avec :

Camphre	20	grammes
Huile d'olive stérilisée	100	c. c.

2 c. c. par injection :
ou mieux avec :

Camphre	20	grammes
Ether sulfurique	20	—
Huile d'olive stérilisée	100	c. c.

2° Injections sous cutanée de 1 à 2 litres d'oxygène, puis inhalation d'oxygène ;

3° Sur la poitrine, mettre des ventouses sèches et au besoin en scarifier de 4 à 6.

Saignée générale s'il y a de la congestion œdémateuse des poumons;

4° Si le point de côté n'est pas calmé par les révulsifs, pratiquer une injection de morphine suivie d'une injection d'éther ou de :

Sulfate de spartéine	0	gr. 25
Eau distillée stérilisée	10	cc.

Injecter 1 cc. de cette solution deux ou trois fois par jour.

5° Contre la toux, donner toutes les deux ou trois heures une des pilules suivantes :

Extrait thébaïque	0	gr. 01
Extrait de jusquiame	0	— 005
Extrait de datura	0	— 005
Pour une pilule n° 30.		

6° Pour réaliser la désinfection des voies respiratoires, pratiquer des fumigations avec la préparation suivante :

Essence de thym	10	grammes
— d'eucalyptus	10	—
— de thérébentine	10	—
Teinture de benjoin	30	—
Alcool à 90° G. J. pour	250	cc.

Une cuillerée à soupe dans un vase rempli d'eau bouillante.

Coryza syphilitique du nourrisson

1° Instiller trois fois par jour IV à V gouttes de :

Eau oxygénée à 12 vol	1	partie
Eau stérilisée	4	—

2° Deux heures après instiller quelques gouttes de :

Résorcine	0	gr. 25
Huile de vaseline stérilisée	30	grammes

3° Traitement antisyphilitique.

4° Si l'alimentation est gênée, instiller avant la tétée dans chaque fosse nasale, III à IV gouttes de :

Solution de chlorhydrate d'adrénaline au 10 millième.

(Rouaux.)

Aménorrhée

Extrait liquide de taraxacum	28	grammes
Décoction de salsepareille composée	90	—
Eau de chaux	98	—

Ou mieux :

Fandorine, deux comprimés dans l'intervalle des repas.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 21.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. Zante.



VARIÉTÉS

Le Traitement de la Tuberculose par la Réalcification

Par le Docteur MUNICI

La méthode récalcifiante, dite méthode de Ferrier, est le meilleur traitement de la tuberculose que nous possédions actuellement. Les nombreuses statistiques favorables permettent de dire, à l'heure actuelle, qu'elle a subi avec succès l'épreuve du temps.

Il est nécessaire de suivre rigoureusement le traitement, tant sous le rapport de l'hygiène alimentaire qu'au point de vue médicamenteux.

L'hygiène alimentaire consiste à ne pas surcharger l'estomac, empêcher les fermentations acides (suppression des corps gras, des aliments et boissons acides, de la suralimentation) et à espacer les repas.

Le traitement médicamenteux nécessite l'emploi de produits très purs et surtout des sels de chaux insolubles. La *Tricalcine* est la meilleure préparation à recommander et les résultats obtenus avec ce produit simple ou associé à l'*adrénaline* ou au *méthylarsinate de soude*, sont excellents.

Les affections qui bénéficient en première ligne du traitement par la *Tricalcine* sont (après la tuberculose pulmonaire), les tuberculoses osseuses, la péritonite tuberculeuse, la tuberculose rénale, etc., les entérites avec décalcification, le rachitisme, les déviations osseuses, les accidents de dentition, la grossesse, le diabète, la neurasthénie et toutes les déchéances dont le point de départ est la décalcification.

La méthode recalcifiante par la *Tricalcine* n'empêche pas d'appliquer les médications adjuvantes. Elle est favorisée par l'emploi des préparations suivantes :

L'association de l'*adrénaline* à la *Tricalcine* (*Tricalcine adrénalinée*) dosée à 3 gouttes de solution au millième par cachet, favorise dans l'économie la fixation des sels de chaux.

L'association du méthylarsinate de soude à la Tricalcine (*Tricalcine méthylarsinée*) dosée à 1 centigramme de méthylarsinate par cachet, en favorisant la reminéralisation générale est un complément précieux de la méthode recalcifiante.

La Tricalcine adrénalinée seulement est contre indiquée lorsqu'il y a des hémoptysies, et elle ne doit être conseillée qu'avec prudence dans les cas d'hypertension et de sclérose vasculaire.

ÉCHOS

Au laboratoire municipal

Le laboratoire municipal de la préfecture de police a fréquemment à effectuer des recherches pour lesquelles les ressources de la chimie analytique ne sont pas toujours suffisantes, et que des essais d'ordre physiologique compléteraient avantageusement.

Supposons en effet que l'on apporte au laboratoire municipal un aliment suspect d'avoir rendu malades ceux qui l'ont consommé. Le chimiste, devant le grand nombre de substances qu'il peut avoir à rechercher dans cet aliment est parfois très embarrassé. Sans compter que certains poisons n'ont pas de réactions chimiques très nettes. Dans ce cas, une expérience sur animal peut permettre de caractériser nettement l'agent toxique.

Autre exemple : Par suite d'une convention commerciale avec la Russie et quelques puissances, nos spécialités pharmaceutiques ne peuvent être admises à l'importation dans ces pays qu'à la condition d'être officiellement reconnues conformes à leur composition avouée, laquelle a dû être autorisée par l'Académie de Médecine.

Or le laboratoire municipal de Paris est l'un de ceux dont ces pays admettent le bulletin d'analyse comme garantie.

Les analyses de ce genre ne peuvent pas toujours être faites par voie chimique. C'est le cas, par exemple, des produits opothérapiques. Ils doivent être exécutés sous forme d'essais physiologiques.

Afin de permettre au laboratoire municipal d'effectuer des essais de ce genre, M. Lépine, sur la proposition de M. Kling, directeur de cet établissement, a décidé de créer un petit service physiologique destiné à compléter les grands services chimiques du Laboratoire.

Le Laboratoire a demandé la collaboration du Dr Tiffereau, professeur agrégé à l'Ecole de médecine.

L'alcool et les générations futures

Sur la demande du Gouvernement allemand, une Commission de savants vient d'établir, après enquête, des échelles comparatives, montrant les différences observées entre les descendants d'alcooliques et de ceux de buveurs modérés.

Faisant porter leurs observations sur dix familles de chaque classe, les savants allemands ont découvert que, pour les enfants d'alcooliques, la proportion des morts durant le mois qui suit la naissance est de 43,8 0/0, tandis qu'elle n'est que de 8,2 0/0 pour les enfants de buveurs modérés. Les idiots viennent ensuite, à raison de 10,5 0/0 chez les alcooliques. On en a pas observé un seul dans les familles de tempérants.

Les épileptiques sont de 8,7 0/0 chez les alcooliques à 0 chez les autres ; 8,7 0/0 doivent encore à l'alcool de naître nains. Pas de nains chez les modérés.

Enfin, le développement normal de l'intelligence se dénombre par 17,5 pour les enfants d'alcooliques et 81,9 pour ceux dont les ascendants n'ont pas abusé de la dive bouteille. Après une pareille énnmération, il est superflu d'insister sur les ravages qu'aura causé l'alcool dans quelques années parmi les peuples qui en abusent.

M. Bertillon et la substitution des prisonniers

M. Bertillon proposait récemment au ministre de la Justice de rendre impossibles à l'avenir les substitutions de prisonniers en faisant prendre, à l'arrivée dans l'établissement pénitentiaire, puis à la sortie, les empreintes digitales des malfaiteurs. Une simple comparaison de ces empreintes devait suffire pour empêcher toute supercherie. L'idée du directeur du service anthropométrique et de l'identité judiciaire vient d'être définitivement adoptée. Le nouveau système de contrôle a été inauguré à la prison de la santé. Il sera mis prochainement en pratique dans toutes les maisons de détention. Il a été décidé que désormais les prisonniers apposeraient les quatre derniers doigts non sur le registre d'écrou qui est difficilement maniable, mais sur le mandat de dépôt, simple feuille volante. La direction de la Santé a emprunté à l'anthropométrie le petit matériel dont elle se sert pour cette opération et un inspecteur a reçu mission de relever lui-même durant quelques jours, en présence du personnel de la prison, les empreintes des nouveaux arrivants.

L'exercice de la pharmacie.

Le *Journal Officiel* vient de pnblier une question écrite, remise à la présidence de la Chambre par M. Viollette, député, exposant à M. le ministre de la Justice qu'aujourd'hui l'officine du pharmacien n'est le plus souvent qu'une sorte de magasin de vente au détail s'approvisionnant à des magasins de gros qui sont interdits par la loi de germinal, car toutes ces grandes pharmacies appartiennent à des sociétés comprenant des pharmaciens et des non-pharmaciens, mais que toutes ne sont pas poursuivies, et demandant au ministre ou de prescrire une instruction générale contre toutes les sociétés de pharmacie constituées au mépris de la loi, ou de faire suspendre les poursuites contre toutes jusqu'au vote de la loi en préparation.

La question des étudiants étrangers dans les Facultés de médecines allemandes

Les étudiants indigènes, immatricnlés sur les registres de la Faculté de médecine de Berlin, ont pris position dans le litige qu'a soulevé récemment, entre élèves et maîtres, l'encombrement des Facultés allemandes par des étudiants étrangers, d'origine russe en majeure partie. Entre autres exigences formulées par leurs représentants, il y a lieu de mentionner celles-ci : dans les amphithéâtres et dans les salles de conférences, les quatre premiers bancs seront réservés aux étudiants allemands. Les étudiants étrangers ne pourront assister aux cours et aux exercices pratiques, pendant les quinze premiers jours de chaque semestre. Au moment de se faire immatriculer, ils devront produire un diplôme équivalent de celui (certificat de maturité) qu'on exige des jeunes Allemands qui se destinent à la carrière médicale. Le nombre des étudiants étrangers, admis à suivre les cours d'une même Faculté de médecine, sera limité ; enfin sil auront à acquitter des droits o'inscription, doubles de ceux qu'on exige des étudiants indigènes.

Dépopulation et réformes militaires

« La dépopulation sera quelque jour le grand problème de l'univers civilisé. Elle est aujourd'hui le grand problème national français », tel est le double fait que constate M. Adolphe Landry, dans la *Revue bleue*. Sait-on en effet que dans toutes les grandes villes d'Europe le taux de la natalité baisse formidablement, passant, entre 1880 et 1909, de 38,7 par an et pour 1.000 babitants à 23,1 à Berlin ; de 37,8 à 25,1 à Hambourg ; de 39,1 à 23,7 à Vienne ; de 38,3 à 30,2 à Varsovie ; de 30,1 à 19,8 à Turin ; de 34,8 à 25 à Londres ; de 38,2 à 20,7 à Anvers ; de 34,2 à 16,9 à Bruxelles ?

Les civilisations antiques disparurent avec les races qui les avaient fait naître et progresser ; qu'adviendra-t-il de notre culture ?

Pour la France le problème se pose avec la plus angoissante urgence, car le mal ne cesse de grandir.

Passant en revue les conséquences de toutes sortes de cette dépopulation, et les remèdes proposés, M. Landry observe que ces remèdes ont tous une utilité pratique certaine, même si l'on n'espère pas un relèvement du taux de la natalité. Il convient donc de les appliquer non seulement avec courage, mais avec conviction. Appelons de nos vœux le Gouvernement qui en fera le premier objet de ses préoccupations.

Un singulier jugement

Dans une contestation d'honoraires, le président du tribunal de Senlis, a rendu récemment un jugement dont le corps médical s'est ému à bon droit.

Certains considérants méritent de retenir l'attention :

« Attendu que le fait d'extraire les membranes de l'utérus, de procéder au lavage de celui-ci, de recoudre les lèvres des plaies du vagin et du périnée, rentrent dans la compétence d'une sage-femme...

« Sans qu'il soit besoin de recourir à une enquête rendue d'ores et déjà inutile par les éléments de la cause, ou a une expertise dont les résultats sont des plus problématiqnes... »

Le conseil du Syndicat médical de Paris, dans sa dernière séance, a voté l'ordre du jour suivant :

Le Syndicat médical de Paris, ayant entendu son rapporteur au sujet du jugement du tribunal de Senlis, proteste contre les considérants de ce jugement et estime :

1° Qu'un médecin est seul juge de savoir s'il doit appeler ou non un confrère en consultation dans un cas donné, après avoir pris avis de la malade et des parents proches de celle-ci.

2° Qu'un médecin ne relevant que de sa conscience est seul capable d'estimer s'il doit procéder lui-même à une intervention chirurgicale ou appeler un spécialiste pour la faire ;

3° Qu'aux termes de la loi une sage-femme n'est autorisée à exécuter aucune intervention instrumentale au cours de l'accouchement ou des suites de couches ;

4° Que dans le cas particulier une sage-femme n'avait aucune qualité pour faire un écouvillonnage, une périnéorraphie, opérations qui réclament de la part de celui qui les fait des connaissances approfondies de l'art des accouchements ;

5° Proteste énergiquement contre la prétention singulière et assurément inattendue de ce magistrat qui substitue son incompétence, très apparente en l'espèce, à un expert qualifié.

Pourquoi est-on droitier

Etre droitier est un caractère presque spécial à l'homme, cette asymétrie fonctionnelle ne se rencontrerait, en dehors de l'espèce humaine que, chez qnelques singes anthropoïdes, l'orang étant droitier, et le gorille et le chimpanzé gauchers.

Voici comment un médecin l'explique : Si nous envisageons l'homme malade nous voyons que les efforts, les souffrances les mouvements du côté gauche retentissent profondément sur le cœur d'après la loi du moindre effort. On s'explique pourquoi l'homme se sert principalement du bras droit.

La station droite a créé la spécialisation fonctionnelle des bras qui s'est accrue avec le cerveau de l'homme. L'aptitude au travail, c'est-à-dire l'effort musculaire dirigé par l'intelligence, a fait son apparition dans le monde, elle a déterminé la droiterie en déterminant la prééminence du côté dont l'usage devait le moins surmener le cœur. Le cerveau gauche a dirigé alors cette adaptation meilleure du côté droit bumain.

84e Année (Série XIIIe) — N° 192 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 2 Avril 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 2 Avril 1913

A nos Collaborateurs.

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la *Gazette Médicale de Paris*, sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs, mettra, désormais, à leur disposition un tirage à part à 50 exemplaires, de leurs articles inédits qu'elle aura publiés.

ÉCHOS

Mutuelle Médicale Française de Retraites.

Nous rappelons à nos lecteurs la *Mutuelle Médicale Française de Retraites*, œuvre purement philanthropique fondée par le Syndicat Médical de l'Arrondissement de Saumur, approuvée par arrêté Ministériel du 10 mai 1900, patronnée par l'Association des Médecins de Maine-et-Loire.

Elle s'étend à tous les médecins de France et à leurs femmes et est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après 30 ans d'âge et 20 ans de participation), soit proportionnelle (après 5 ans de participation) — dans tous les cas, la pratique médicale étant abandonnée, — pour une cotisation annuelle de 60 francs.

Au 1er janvier dernier, le nombre des Sociétaires (hommes et femmes), s'élevait à 964 et l'avoir social à 318.396 fr. 93.

La Société compte aujourd'hui 5 retraités qui reçoivent annuellement :

Le 1er, 375 fr. ; le 2e, 600 fr. ; le 3e, 825 fr. ; le 4e, 900 fr. ; le 5e, 375 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire-général, docteur TERRIEN, à Varennes-sur-Loire (Maine-et-Loire):

Société pour faciliter les études cliniques

Une Société ayant pour objet de faciliter aux médecins et aux étudiants les études cliniques, vient de se constituer à New-York. Elle a installé dans les bâtiments de l'*Academy of Medicin* (19, West 43 Street, New-York) un bureau de renseignements pour médecins étrangers.

A propos des accidents imputés à la vaccination Jénérienne

Récemment, la ville de Montréal avait été condamnée à payer 6.000 dollars de dommages et intérêts à une veuve dont l'enfant avait été atteint de paralysie, consécutivement à une vaccination. Or, une expertise, précédant une instance en appel, a démontré que le vaccin jénérien avait évolué sur le bras d'un enfant atteint d'une paralysie du type Duchesne-Erb, et qu'il y avait eu simple coïncidence entre la vaccination et le développement de la paralysie. En appel, les trois juges sont tombés d'accord pour redresser le jugement rendu en première instance.

Collège d'athlètes.

Un collège d'athlètes vient d'être fondé. dont le Comité directeur comporte les noms de MM: Rodin, J. Richepin, le docteur Weis, Gabriel Bonvalot, le docteur Boncart.

Ce collège se préoccupe de la rénovation physique de notre race et doit former des professeurs et des moniteurs ; il essayera aussi de former des médecins spécialisés dans les questions de massage, d'hydrothérapie, de médication par l'air et le soleil, etc.

Réflexions médicales

Notre distingué confrère M. le docteur R. Benoit, de Génolhac, est certainement nn philosophe.

Nous n'en voulons pour preuve que les aphorismes suivantes, qu'il nous présente sous le modeste titre de « réflexions médicales ».

— Les gens bien portants ne sont pas toujours les plus commodes à soigner, ni les plus vite à guérir.

— Mieux vaut nne maladie imaginaire qu'une honne santé par persuasion.

— Le malade n'accepte d'entendre parler des maux d'autrui que pour les comparer aux siens.

— Certains malades se prennent pour des anges, ce sont ceux qui font le plus endiabler le médecin.

— La plus grave complication des maladies, c'est l'entourage.

— La femme, quelquefois, sait, de la maladie, se faire une parure.

— Le soin que mettent les femmes à dissimuler certaines lésions trop communes, n'a d'égal que leur empressement à se vanter de l'affection à la mode.

— Les femmes ne vous pardonneront jamais de traiter à la légère un malaise qui se voit.

— Les malades savent généralement ce qu'il leur faut, mais ce qu'il leur faut est toujours ce qu'ils aiment.

— Beaucoup de malades ressemblent à l'enfant qui, tombé, pleure surtout d'être vu.

— La maladie est la loupe très grossissante du moi.

— La maladie chez l'adulte peut être un châtiment, chez l'enfant, c'est toujours une injustice.

— Il est bon de laisser croire à chaque malade qu'on en soigne beaucoup d'autres, mais qu'on ne s'occupe que de lui.

— Il n'y a pas de drogues amères pour le malade confiant.

— L'efficacité d'un remède se manifeste surtout entre le moment où il est prescrit et celui où il est ingéré.

— Entre clients et médecin, un peu d'amitié sauve, mais trop d'amitié nuit.

— Il n'y a pas de bon médecin pour sa famille.

— On naît médecin, on devient docteur.

— Il y a des médecins pour malades et des médecins pour clients.

— Le médecin doit surtout se fier à ce qu'on ne lui dit pas.

— Les erreurs en médecine apprennent plus que les succès.

— Le médecin mépriserait moins les remèdes de bonne femme, s'il songeait que les siens seront catalogués un jour.

— Ce n'est pas le médecin qui fait sa clientèle, c'est la clientèle qui fait son médecin.

— La réputation médicale est une fleur délicate que le moindre zéphir incline, que le plus petit nnage ternit.

— Le rôle du médecin est de rassurer les apeurés et d'effrayer les optimistes.

— Le médecin doit laisser faire quelquefois, obliger souvent, persuader toujours.

— Le médecin le plus prétentieux sera toujours surpris des cures qu'on lui attribue.

— Il faudrait cent bouches au médecin pour énoncer le quart de ce qu'on lui fait dire.

— Le médecin habile, paraît savamment deviner ce qu'on vient de lui dire.

— Le médecin de campagne doit, pour atteindre ses clients, se frayer patiemment deux chemins dans les ronces; l'un conduit à leur logis et l'autre à leur confiance.

— Le plus grand tort du médecin est de supposer que personne n'ignore ce qu'il sait, mais que personne ne sait ce qu'il ignore.

— C'est surtout en médecine que paraître et être ne sont pas synonymes.

— Le médecin n'est jamais jugé que par des incompétents, c'est ce qui fait sa force et sa faiblesse.

— Au chevet du malade, la phrase adéquate est plus difficile à trouver que la potion indiquée.

— C'est nne erreur de croire qu'on ne peut nuire sans formuler.

— La pratique médicale rend sourd aux plaintes du corps, mais non aux cris de l'âme.

— Le médecin novice confond honneurs et honoraires ; plus tard, il crie avec Calchas : Trop de fleurs, trop de fleurs !

Un vieux texte médical de la langue étrusque

M. Martha, professeur à la Faculté de lettres de Paris, a réussi, après de longues recherches, à lire et traduire la langue étrusque, restée jusqu'ici indéchiffrable : un texte gravé sur une lame de plomb et se rapportant à l'invocation d'un vieillard de 80 ans qui ne pent plus s'alimenter.

Voici le texte de la demande et la réponse de la divinité : « Le père, âgé de 80 ans, se nourrit d'une manière misérable, hélas ! A cause d'une faiblesse qui est venue à la suite de la maladie, la gêne est chronique ; la nourriture est coupée eo morceaux suffisamment petits. O Majesté suprême ! par le fait que n'existe pas le mouvement de la mâchoire, la nourriture reste dans le gosier obstrué. Hélas ! par suite de la faiblesse du malade, le grand-père est gauche de marche géoéralement ; à la suite de deux chutes, hélas ! récentes, voici que l'épaule se gonfle beaucoup, sa peau est tachée, sa bonne humeur devient mauvaise, désormais le repos complet disparaît ».

Et voici la réponse : « Sois bien tranquille ! si la paresse de la mâchoire se prolonge : une bouillie de grain suffisante de mesure. A partir de ce moment, le fait de se nourrir sera bien. Un petit grumeau venant à l'étouffer accidentellement, une cuillerée d'ingestion d'eau froide est versée goutte à goutte, et le passage est bien. Si l'épaule est gonflée et le sang extravasé, par le fait que cette tache est frottée de graisse le gonflement de sang disparaîtra et le petit père sera grandement aimable ».

Si les femmes nous faisaient la cour

Depuis des temps immémoriaux, il est d'usage que ce soit l'homme qui fasse la cour à la femme, et que celle-ci se résigne au mari que le sort lui donne. Le beau sexe, cepeodant, vient de rencontrer un champion qui déclare que la race bumaine s'améliorerait considérablement s'il était permis aux femmes de faire leur choix. Ce champion est le docteur Denlow Lewis, sociologue réputé, et président de la Société médico-légale des Etats-Unis.

Selon le docteur Lewis, la femme a pleinement le droit de choisir le mari qui lui plait. Dans le monde animal, c'est toojours la femelle qui choisit son partenaire ; l'homme, d'après l'avis de ce savant, est l'unique exception.

Comme la femme aime la perfection physique, s'il lui était librement permis de choisir soo mari, loin de se marier avec le premier qui se présente, par faute souvent de ne pouvoir s'adresser à celui qui lui plait, elle chercherait un homme robuste, fort, pourvu d'indéniables qualités physiques et morales. Nul doute que de cette manière, dit le docteur Lewis la race humaine ne s'améliore en peu de temps.

Pierre panacées pour les morsures des serpents

Les indigènes de Ceylan ont des pierres qui, suivant une croyance générale, constituent un antidote cootre la morsure des serpents. Que la chose soit vraie ou fausse, cette vertu est peu expliquée, d'autant que les variétés de ces pierres sont excessivement nombreuses. Il en est une cependant dont la manière d'agir peut expliquer, dans une certaine mesure, une valeur thérapeutique.

Cette pierre est noire et elle est si poreuse que posée sur la langue, elle y adhère. Cette porosité expliquerait son efficacité dans le cas des morsures de serpent. Placée sur une blessure, elle aspire et absorbe le sang avec une telle avidité qu'il est facile d'admettre que le venin de la blessure est entraînée avec le reste. Il est clair qu'en tous cas on ne peut obtenir un heureux résultat que si l'application a lieu presque immédiatement après la morsure et que la blessure est largemeot ouverte pour permettre un abondant afflux du sang qui doit entraîner le venin.

On a reconnu que la pierre à serpent est, en réalité, du charboo animal. On l'obtient en chauffant jusqu'au rouge sombre un morceau d'ivoire ou de corne de cerf dans une masse de charbon en poudre. Quand après usage, la porosité de l'objet se trouve diminuée, on la lui restitue par une nouvelle chauffe.

On obtient d'ailleurs avec une simple composition de Kieselguhr uo corps ayant les mêmes propriétés dont on s'est servi avec succès pour traiter les piqûres d'abeilles et de guêpes.

Le pudique Ohio

La législature de l'Etat d'Ohio vient d'être saisie d'un projet de loi prescrivant les modes qui devroot être suivies par les femmes de cet Etat. Une commission de trois censeurs, dont un sera un ministre de la religion, sera investie du pouvoir discrétionnaire d'interdire toute mode et tous vêtements qu'elle jugera « contraires à la vertu ou à la chasteté ».

Le projet déclare dès maintenant illégal le port de corsages ouverts et fixe le décolleté à deux pouces au-dessous du mentoo. Il proscrit même tout tissu au travers duquel on pourrait distinguer la peau. Il prohibe l'usage de bas à jours dans les endroits publics et frappe d'une pénalité les commerçants qui exposeront dans leurs vitrines des femmes en cire qui ne seraient pas complètement vêtues.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

Fissures de la Muqueuse urétrale (1)

DANS L'URÉTRITE CHRONIQUE ASEPTIQUE

Par le Dr L. BOULANGER
Assistant à l'Hôpital d'urologie

Depuis l'apparition de l'urétroscope et du traitement, sous le contrôle de la vue, des lésions de l'urétrite aseptique, la thérapeutique de cette affection qui, jusqu'alors, était assez confuse et limitée et, il faut bien l'avouer, ne donnait pas toujours les résultats espérés, a fait un progrès considérable au point qu'il n'est pas téméraire de dire que la guérison de cette maladie si tenace et si rebelle n'est pas loin s'être réalisée et que le traitement urétroscopique sera pour l'urétrite aseptique ce que le permanganate est aujourd'hui pour l'urétrite à gonocoques. Tout n'est pas encore fait dans cette voie. Loin de là, mais les travaux touchant cette question se produisant de plus en plus nombreux, les règles de ce traitement ne tarderont pas à être fixées.

L'examen direct de la muqueuse urétrale dans l'urétrite aseptique a montré que, dans cette affection, il existait des lésions très différentes se traduisant toutes par ces deux symptômes communs : *un suintement matinal plus ou moins abondant* et des *urines claires ou à peine louches avec filaments plus ou moins nombreux et plus ou moins épais et lourds.*

L'examen urétroscopique s'impose en présence de ces deux symptômes, car lui seul établira un diagnostic précis, la constatation des deux symptômes précités ne permettant d'affirmer que l'existence d'une lésion sans qu'il soit possible de rien dire au sujet de sa nature, de son siège, de son étendue, etc., pas plus que, pour employer une comparaison que je crois assez exacte, on ne peut sur la constatation des deux symptômes, toux et expectoration, faire le diagnostic de la nature et de la localisation d'une affection des voies respiratoires pour la précision desquelles l'auscultation s'impose. Les renseignements fournis par ces deux modes d'examen sont tout à fait comparables et, empruntant à M. Catbelin son expression *d'auscultation du rein*, je dirai que l'urétroscopie est *l'auscultation de l'urètre.*

Parmi les lésions de la muqueuse urétrale révélées par l'examen direct, il en est une qui, au premier abord, semble présenter une gravité exceptionnelle en raison d'un *symptôme provoqué* qui se manifeste toujours au moment de l'exploration, sous la forme d'une *urétrorrhagie* plus ou moins abondante. Je veux parler des fissures de la muqueuse urétrale. Ayant eu l'occasion, tant dans ma clientèle de ville que dans le service de la consultation de l'hôpital d'Urologie (section des hommes) dont je suis chargé, d'en observer un certain nombre de cas que j'ai pu soigner et guérir, je crois devoir publier avec quelques détails les remarques que j'ai faites à ce sujet, espérant apporter à la question du traitement urétroscopique de l'urétrite chronique une petite contribution pouvant avoir son intérêt.

L'étude de ces cas m'a paru d'autant plus intéressante que parmi toutes les lésions que l'on rencontre dans l'urétrite aseptique, la fissure est l'une de celles sur laquelle un traitement bien conduit a le plus de prise et donne les plus encourageants résultats.

Mais avant d'aborder la question traitement, je crois bon de signaler tout d'abord quelques particularités du diagnostic. J'ai dit plus haut que dans un cas existait un symptôme provoqué, *l'urétrorragie*, dont il me semble nécessaire de parler avec quelques détails.

Quand on explore à la boule ou qu'on dilate, en vue d'une urétroscopie ultérieure, un canal affecté d'urétrite chronique et qu'on voit ces simples manœuvres faites avec la douceur et la correction de mouvements obligatoires être suivies d'un saignement un peu abondant, on doit soupçonner l'existence d'une fissure de la muqueuse urétrale dont le saignement est la manifestation révélatrice ; c'est l'urétrorragie, *symptôme provoqué*, que je pense pouvoir désigner ainsi par opposition aux autres *symptômes spontanés*, suintement urétral et filaments dans les urines.

A propos de l'examen du canal et surtout de l'exploration à l'urétroscope, je crois ne pas devoir passer sous silence un petit point de pratique qui a, je pense, son utilité. La vue de son sang impressionne toujours fâcheusement un malade. Aussi, ai-je toujours soin, avant de faire une urétroscopie et plus particulièrement en cas de fissure soupçonnée, d'avertir le malade que cet examen doit amener forcément un peu de saignement dû à l'état de son canal ; faute de cette précaution, il peut être tenté d'accuser le médecin d'une erreur de technique ou d'une maladresse dont il est la victime ; erreur également préjudiciable au malade et au médecin, en éloignant le premier d'un traitement qui lui donnera la guérison et en faisant taxer le second d'impéritie. Tout cela est facilement évité par quelques mots d'explication préalable.

A l'examen urétroscopique, la fissure de l'urètre se montre sous l'aspect d'une fente étroite et allongée située entre deux plis de la muqueuse et siégeant le plus habituellement dans la région profonde de l'urètre antérieur. Il peut y en avoir une seule ou plusieurs. Sa longueur atteint plusieurs millimètres, les bords sont un peu saillants, le fond rouge vif, l'ensemble rappelle assez bien l'aspect des crevasses que le froid provoque sur la peau des mains. Elles saignent au moindre attouchement et le contact du tube suffit pour déterminer une effusion de sang notable.

Ce saignement qui est la caractéristique de la fissure urétrale est toujours appréciable, quelquefois abondant, parfois même considérable. A ce propos, je citerai le cas d'un capitaine de cavalerie que j'ai eu l'occasion de soigner pour une fissure et saignant à ce point qu'à peine avais-je eu le temps d'introduire l'urétroscope et de mettre la lampe en place le tube était rempli de sang et débordait ; même l'instrument enlevé, l'urétrorragie continuait goutte à goutte comme dans une épistaxis ; c'était une véritable *épistaxis urétrale*, s'il est permis de s'exprimer ainsi. J'en étais impressionné et même inquiet ; tellement que je me demandais si je ne devais pas mettre une sonde à demeure pour maîtriser l'hémorragie, par bonheur, elle cessa d'elle-même. Dans d'autres circonstances, le saignement sans être aussi important a été pourtant assez abondant pour gêner considérablement les manœuvres, car le sang venait au contact de la lampe forcément un peu chaude, se laquait sur l'ampoule, empêchant toute vision; aucun nettoyage de l'ampoule n'étant possible, le sang coagulé étant très adhérent, tout traitement devenait impossible.

Comme hémostatique, je n'ai pas eu à me louer de l'antipyrine et je n'ai pas eu recours à l'adrénaline qui peut amener la nécrose des tissus. Le meilleur moyen pour arrêter le sang et prévenir son retour consiste à attaquer la lésion elle-même et à amener sa cicatrisation que l'on obtient assez facilement, du reste, par les cautérisations au nitrate d'argent solide. C'est ce qui m'a donné de beaucoup les résultats les plus satisfaisants et maintenant je n'emploie plus d'autre traitement pour guérir les fissures urétrales.

Je me sers pour pratiquer ces cautérisations de la petite perle qui se forme au bout d'une tige d'argent plongée dans du nitrate d'argent en fusion.

J'ai fait construire pour cet usage un porte-caustique spécial dont l'extrémité en forme de baïonnette qui ne gêne pas la vue est rugueuse afin de mieux retenir le nitrate que je fais fondre dans une petite cuiller en quartz laquelle n'a pas l'inconvénient, comme celle en verre, de casser sous l'influence de brusques changements de température. J'ai renoncé à l'emploi des petits crayons en nitrate montés sur un porte-caustique avec pince à coulant parce que très minces, par conséquent très fragiles, ces crayons se brisent souvent dans le canal d'où il faut enlever les fragments échappés de l'instrument, or, pendant les quelques instants nécessaires pour y parvenir, le nitrate fond au contact de la muqueuse et y détermine une cautérisation beaucoup plus profonde et étendue qu'on ne le désire, ce qui n'est pas sans inconvénients. Il ne faut pas, en effet, cautériser trop énergiquement la fissure, il suffit de l'effleurer légèrement. Une action trop prolongée du caustique est plutôt nuisible.

Quand la fissure saigne beaucoup, comme dans le cas que j'ai cité plus haut, la cautérisation présente une réelle difficulté d'exécution. Pour y parvenir, voici l'artifice auquel j'ai eu recours en cette circonstance. Il fallait d'abord repérer la situation exacte de la fissure qu'il m'avait été impossible de voir lors d'un premier examen, mais que je savais siéger dans l'urètre antérieur, pour y parveuir j'introduisis d'emblée le tube urétroscopique au-delà de l'urètre antérieur et par conséquent au-delà de la fissure elle-même de sorte que dans cette situation, la paroi de l'endoscope, appliquée sur celle du canal aveuglait la voie de sang dont pas une goutte n'apparaissait dans le champ de vision et j'installai le manche et la lampe de l'instrument. Tout cela avec la plus grande facilité et sans qu'il fût besoin d'aller vite. Je retirai alors le tube jusqu'à ce qu'appa-

(1) La dénomination *de fissure* adoptée ici pour désigner la variété d'ulcération dont il est question dans cet article est certainement défectueuse. Ces ulcérations n'ont en effet avec les lésions désignées en pathologie sous le nom de fissures qu'une ressemblance incomplète. J'ai fait choix de cette désignation parce que la lésion urétrale présente quelque analogie avec la fissure anale — forme allongée et étroite, situation entre deux plis. Une dénomination plus exacte pourra lui être substituée.

raisse la fissure qui saigne immédiatement, mais que j'ai cependant eu le temps d'apercevoir et de repérer. Lors de cette première exploration, je n'ai pas cherché à faire de traitement, ce fut une simple urétroscopie d'orientation. Dans la séance suivante, je procédai de la même manière, sauf qu'après avoir mis la lampe en place j'introduisis le porte-caustique tout près de la muqueuse dans la direction reconnue de la fissure et prêt à agir. Je retirai le tube à moi et sans chercher à étancher le sang qui apparaît immédiatement, je portai rapidement le nitrate sur la fissure et je la touchai aussi complètement que possible, puis j'enlevai immédiatement l'instrument. La cautérisation ainsi faite risque évidemment d'être plus étendue qu'il n'est utile, mais il n'y a pas grand mal à cela, le sang diluant le caustique. J'ai répété les mêmes manœuvres aux séances suivantes, jusqu'à ce qu'un saignement moins abondant m'eût permis un traitement plus régulier et j'ai eu la satisfaction de le voir se terminer par la guérison. Je n'ai été obligé de recourir que cette seule fois à cette manœuvre compliquée, l'abondante hémorragie qui l'a nécessitée étant demeurée jusqu'à présent unique dans ma pratique. J'ai observé bon nombre de cas où le saignement fut assez marqué pour menacer d'atteindre rapidement la lampe.

En semblable occurrence, il faut étancher la muqueuse avec un gros tampon et, profitant du très court moment d'arrêt du sang, le gagner de vitesse, porter rapidement le caustique en bonne place et enlever aussitôt l'instrument.

Dans les cas les plus habituels, il y a un saignement toujours en assez grande quantité pour gêner les manœuvres, mais en asséchant soigneusement la muqueuse au moyen d'un tampon bien appuyé un moment en place, on arrête suffisamment le sang pour pouvoir faire facilement le traitement. Tout ceci ne s'applique qu'aux premières séances, au fur et à mesure que la cicatrisation avance le saignement diminue d'abondance et la cautérisation devient de plus en plus facile. Un point important à signaler, c'est la nécessité d'opérer très vite de façon à ne laisser le tube dans le canal que pendant un laps de temps aussi court que possible, sa présence étant la cause provocatrice de l'hémorragie, moins longtemps il sera en place et moins abondant sera le saignement.

Le nombre des cautérisations est naturellement des plus variables suivant le nombre, l'étendue et surtout la profondeur des fissures. J'ai pour habitude de ne faire qu'une cautérisation par semaine, cet intervalle est celui qui m'a paru le plus convenable. Quand la cicatrisation est en bonne voie, je l'active au moyen d'attouchements à la teinture d'iode qui est, soit dit en passant, un médicament admirablement toléré par le canal où il produit d'excellents effets, c'est un de ceux dont je me sers le plus volontiers et toujours avec avantage.

Un traitement qui ne peut être fait qu'à des intervalles aussi éloignés et pour une lésion qui, en raison de son contact fréquent avec l'urine se trouve dans de très mauvaises conditions de guérison, demande un temps très long, il faut que le malade et le médecin s'arment l'un et l'autre de patience pour le poursuivre pendant le nombre de semaines et souvent de mois, qu'il durera certainement. C'est une nécessité dont le malade doit être prévenu.

On comprend sans peine qu'une lésion aussi importante de la muqueuse urétrale et n'ayant cédé qu'à un traitement aussi énergique ne peut guérir qu'au prix d'une cicatrice, laquelle naturellement est l'amorce d'un rétrécissement ultérieur, circonstance dont on doit, dès le début du traitement avertir le malade, en lui faisant comprendre la nécessité de soins complémentaires.

Il est du plus haut intérêt pour le malade de s'opposer à l'établissement de ce rétrécissement et nous avons précisément dans les hautes dilatations obtenues avec le Kollmann le moyen de prévenir cette échéance inévitable si cet indispensable traitement n'est pas convenablement appliqué. Aussi, je ne manque jamais de faire, une fois la cicatrisation de la fissure obtenue, une dilatation que je pousse aussi loin que possible. Par l'emploi de ce procédé, on a toutes chances d'éviter le rétrécissement ultérieur plus ou moins tardif qui, une fois confirmé, réclamera d'être dilaté. Mais, à ce moment, la dilatation ne pourra plus donner qu'un résultat palliatif, une sténose ancienne se reproduisant dès que cesse la dilatation, tandis qu'un dilatant précocement une cicatrice récente et encore molle il y a de très bonnes raisons pour penser que le tissu embryonnaire soumis aux dilatations très élevées que sa souplesse relative permet d'obtenir avec le Kollmann se résorbera sous l'action de ce véritable massage. On ne peut espérer pareil résultat quand le rétrécissement est confirmé et a acquis la dureté que l'on connaît. Là, le Kollmann, excellent instrument pour masser des tissus encore mous n'est plus de mise pour dilater des tissus fibreux depuis longtemps organisés. Seul, le Béniqué, qui, suivant le mot si juste de M. le Professeur Guyon, *impose sa volonté au canal*, peut en avoir raison. Si bien que, dilatation pour dilatation, il y a tout avantage pour le malade à ce qu'elle soit aussi précoce et poussée aussi loin que possible avec chance d'être *curative*, plutôt que d'être tardive et alors sûrement seulement *palliative*.

Ce fait renferme en soi la justification d'un traitement dont la longueur peut paraître disproportionnée avec le peu d'importance apparente de la lésion et surtout de ses manifestations qui se réduisent à un peu de suintement urétral et à quelques filaments dans les urines. Mais cette bénignité est un leurre et la fausse sécurité qu'elle donne aux malades leur sera un jour très préjudiciable. En effet, abandonnée à elle-même, la fissure finira par guérir spontanément, mais la cicatrice qui en résultera sera méconnue ainsi que le rétrécissement dont elle sera la suite inévitable, lequel ne sera traité qu'au moment où le malade averti de son existence par la gêne apportée à la miction, par conséquent très tard, et alors qu'il sera très dur et devenu inguérissable, chose que le traitement de la fissure et la dilatation précoce de sa cicatrice pourra éviter.

Deux Cas d'Albuminurie intermittente

Par M. le Docteur HANNS
Chef de clinique médicale

Teissier a décrit en 1894, au Congrès de médecine interne de Lyon, une albuminurie intermittente spéciale qu'il appela albuminurie matutinale intermittente. L'albumine n'apparaissait dans les urines que le matin, peu après le réveil, pendant des périodes de quelques jours, entre lesquelles les urines étaient de nouveau normales. De plus, les urines des sujets présentant de l'albuminurie matutinale intermittente étaient généralement plus abondantes et plus foncées la nuit que le jour, à l'inverse de ce qui se produit normalement. Les sujets atteints étaient des jeunes gens de 15 à 20 ans et c'étaient des prétuberculeux, c'est-à-dire des sujets voués de par leur constitution héréditaire, à devenir tôt ou tard tuberculeux ; l'albuminurie matutinale n'était chez eux qu'une manifestation prémonitoire d'une autre maladie, la tuberculose. Une fois celle-ci déclarée, l'albumine disparaissait des urines.

Cette albuminurie matutinale intermittente n'a été retrouvée par aucun autre auteur, si bien qu'actuellement on rejette son existence, ou du moins on l'identifie à une autre sorte d'albuminurie intermittente : l'albuminurie orthostatique, et Teissier lui-même a accepté cette transformation de sa maladie en une autre ; le seul point auquel il tienne, c'est la nature prétuberculeuse de l'albuminurie intermittente, qu'elle soit matutinale ou orthostatique.

On sait que l'albuminurie orthostatique est une albuminurie qui ne se produit que quand le sujet qui en est atteint a gardé depuis un temps suffisant la position debout. Sa nature est encore obscure et les opinions se partagent au sujet de sa pathogénie. Les uns prétendent que l'albuminurie orthostatique est toujours due à une lésion rénale, les autres soutiennent qu'elle est purement fonctionnelle, c'est-à-dire due uniquement à des troubles passagers dans le fonctionnement du rein, sous l'influence des changements de pression amenés par le passage à la position debout. On sait, en effet, que celui-ci provoque chez tout sujet non hypertendu un abaissement de la pression nettement mesurable ; cet abaissement est particulièrement prononcé chez certains sujets, ceux précisément chez lesquels on rencontre l'albuminurie orthostatique ; ou bien le trouble du fonctionnement rénal pendant le passage à la position debout est dû à une légère descente du rein, tirant sur le pédicule vasculaire et le rétrécissant ; ou bien à une exagération de la lordose lombaire physiologique, ayant pour effet d'écarter pendant la station debout les deux reins l'un de l'autre et amincissant ainsi les artères et veines de ces organes ; ce rétrécissement vasculaire ou cette baisse de la pression générale, suivant qu'on adopte l'une ou l'autre explication, amène un trouble circulatoire rénal, un ralentissement du cours du sang, une sorte de stase analogue en petit à la stase rénale des cardiaques ; d'où albuminurie, par le même mécanisme que dans le rein cardiaque. Notre intention n'est pas de nous prononcer entre ces diverses théories, mais simplement de rapporter deux cas d'albuminurie intermittente, que nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique de M. le Dr Bernheim. Si jamais cas d'albuminurie intermittente répondaient bien à la description de Teissier, c'était bien ces deux-là. Nos deux malades, deux jeunes filles, étaient âgées l'une de quinze ans, l'autre de seize ; elles n'étaient pas

prétuberculeuses dans le sens de Teissier, mais elles l'étaient si on admet que la prétuberculose n'est que de la bacillose au début, car elles étaient porteuses toutes deux d'indurations des sommets, légères mais très nettes, évoluant très lentement, ne donnant pas de fièvre et retentissant peu sur l'état général. Leur albuminurie était exclusivement matutinale, elle apparaissait une seule fois vers sept ou huit heures du matin, en quantité faible, puis disparaissait en général pour tout le reste du jour ; elle procédait dans son apparition par périodes de 2, 4, 5 ou 9 jours, séparées par des périodes d'analbuminurie de 4 à 10 jours ; les malades restaient bien entendu chaque jour dans les mêmes conditions, c'est-à-dire qu'elles se levaient et se couchaient tous les jours aux mêmes heures, avaient la même alimentation, etc. Les urines avaient tous les caractères signalés par Teissier, abondantes la nuit, en même temps que transparentes et un peu hautes en couleur ; louches, pâles, plus rares le jour ; bref, l'identité était complète entre l'albuminurie de nos deux malades et l'albuminurie matutinale intermittente de Teissier. Ajoutons qu'à plusieurs reprises nous fîmes rester couchées nos jeunes filles et que nous constatâmes malgré la station couchée l'apparition de l'albumine aux heures où elle apparaissait les autres jours. Comment eussions-nous pu ne pas reconnaître là les phénomènes de Tessier ? C'est en effet ce que nous fîmes, et nous fûmes longtemps convaincu d'avoir observé des cas d'albumine matutinale. Ce n'est que plus tard, quand nous vîmes des cas d'albumine orthostatique certains, et que nous eûmes étudié les nombreux travaux parus sur cette question, que nous dûmes changer d'avis. L'albumine orthostatique se montre de une demi-heure à une heure après le passage à la station debout, parfois elle se produit tout le temps que le sujet qui en est porteur est levé, mais parfois elle ne persiste que quelques heures, puis diminue et disparaît malgré la persistance des conditions qui lui ont donné naissance, c'est-à-dire bien que le sujet reste levé. Réduisons-la à sa plus simple expression et elle n'apparaîtra que dans l'urine secrétée quelques minutes après le changement de position, pour disparaître sitôt les modifications amenées par celui-ci disparues. Ce ne sera plus de l'albumine orthostatique, mais de l'albumine du passage à la station debout, si l'on peut s'exprimer ainsi. Si de tels exemples d'albuminurie orthostatique frustes ne sont pas signalés, nous avons été amené néanmoins à être convaincu de leur existence et nous y rattachons les cas que nous rapportons ici. D'autre part, le syndrome urinaire de l'orthostatisme, que Linossier et Lemoine ont si parfaitement mis en lumière, était sinon très apparent, du moins très nettement ébauché chez nos deux malades ; le jour la quantité de leurs urines étaient de 400 à 700 c. seulement, la nuit de 700 à 1.000. Ce phénomène de la polyurie nocturne comparée à cette oligurie relative diurne, déjà signalé d'ailleurs par Teissier, n'est en effet qu'une manifestation des modifications sécrétoires dues à l'orthostatisme.

On objectera l'apparition d'albuminurie matutinale même les jours où les malades restaient couchées. J'avoue que cette particularité est embarrassante et contrarie un peu l'identification de leur cas avec l'albuminurie orthostatique. Deux explications peuvent en être fournies : la première, c'est que malgré les recommandations, les malades se levaient, ne fût-ce que quelques minutes, pour aller se laver, ou pour toute autre raison. Je ne le crois pas, car elles étaient surveillées par les sœurs et par l'infirmière, dûment stylées. La seconde est que la situation assise suffisait pour faire venir l'albumine, ainsi que certains auteurs l'ont observé, très rarement il est vrai. Il est possible que nos malades s'asseyaient dans leur lit, ce que j'avais négligé de leur interdire. Mais nous devons ajouter que, dans d'autres cas d'albuminurie orthostatique certaine, nous avons vu, à certaines nuits, de l'albumine apparaître dans les urines de même que certains jours dans la station couchée rigoureusement surveillée. Dans un de ces cas, il s'agissait précisément aussi d'une albuminurie orthostatique très légère, chez une tuberculeuse. Aussi je suppose que le cas de ces trois malades, tout en faisant partie des albuminuries orthostatiques, présente quelques particularités spéciales et qu'un autre facteur que l'orthostatisme peut provoquer chez elles l'apparition d'albumine dans l'urine. Ce facteur m'est encore inconnu à l'heure actuelle, mais certainement agit de la même façon que l'orthostatisme, c'est-à-dire modifiant la circulation sanguine du rein en provoquant de l'albumine par abaissement de pression générale ou ralentissement du cours du sang dans le rein (vaso-dilatation locale).

Quoi qu'il en soit, il nous a semblé intéressant de vous parler de ces malades, et de bien établir, d'après leur cas, que l'albuminurie matutinale de Teissier n'est autre qu'une forme d'albuminurie orthostatique.

Cette identification des deux affections a été, je le répète, sinon proposée catégoriquement, du moins admise, sans preuve nette à l'appui. Il nous a paru que nos deux observations pouvaient servir d'une telle preuve ; d'autre part, il était intéressant de montrer comment se présentait l'albuminurie orthostatique à un degré extrême de simplification.

Observation I. — M... A..., 14 ans, ouvrière en chaussures. Entrée le 11 avril 1911. Le père, âgé de 50 ans, a eu une pneumonie cet hiver, tousse depuis ce moment-là, maigrit et est maladif ; avant cela a toujours été bien portant. La mère tousse depuis deux ans et n'est pas forte. La malade a eu deux sœurs mortes de convulsions en bas âge, un frère mort du croup ; elle a une sœur âgée de 16 ans qui est anémique, un frère de 9 ans bien portant.

La malade a toujours été de constitution délicate et un peu maladive. Elle a eu la rougeole à l'âge de 4 ans. N'est pas encore réglée. A rapidement grandi depuis un an. A eu une bronchite il y a deux ans, pendant laquelle elle a craché un peu de sang.

Elle travaille en atelier, depuis le mois d'août 1910.

Elle habite depuis longtemps un logement formé de deux pièces, petites, mal aérées. Au mois de septembre dernier elle est entrée déjà à la clinique où elle est restée trois semaines ; puis elle est partie un mois et demi à la maison de convalescence de Rosières. Depuis sa sortie, elle a continué à tousser, a eu des sueurs nocturnes, des points de côté, de la fièvre le soir ; c'est pourquoi elle rentre à l'hôpital.

C'est une jeune fille d'apparence assez robuste, à joues colorées. Elle expectore des crachats muco-purulents parfois un peu striés de sang. Le thorax est bien conformé, les creux sus et sous-claviculaires très marqués. Les vibrations vocales sont augmentées à droite. Submatité, inspiration rude, expiration prolongée sous la clavicule droite. Mêmes signes en arrière ; de plus, des craquements secs. Pouls hypotendu ; pointe du cœur à son siège normal. Souffle systolique à la pointe, sans propagation. Bon appétit ; langue un peu saburrale ; parfois douleurs dans l'estomac un quart d'heure après le repas. Constipation fréquente. Aucun signe de petit brightisme. Pas de température (sauf à la suite de piqûres de tuberculine). Pendant son séjour à l'hôpital, elle est très gaie, elle a toutes les apparences de la meilleure santé.

Le poids, de 42 kilogs à l'entrée est de 46 un mois plus tard. Les urines sont examinées à huit reprises différentes chaque jour, la jeune fille se levant à six heures et se couchant à 8 heures du soir ; les urines de la nuit sont examinées également. Les neuf examens quotidiens pratiqués pendant un mois, montrent l'existence d'une albuminurie matutinale (albumine apparaissant dans une seule émission soit à sept heures, soit à huit heures du matin, le plus souvent à sept heures en quantité variant de 0,25 à 1 gr. 50). De plus, cette albuminurie est intermittente encore d'une autre façon, car elle s'est montrée pendant six journées seulement pendant le courant du mois ; la première fois, deux jours de suite, puis quatre jours après, pendant quatre jours de suite. Il faut ajouter qu'une fois l'albumine, non apparue le matin, se montra le soir.

Pour bien vérifier la nature non orthostatique de l'albuminurie, la malade resta couchée deux jours de suite ; le hasard voulut que précisément le second jour de repos au lit, l'albumine apparût. Réciproquement, elle se leva toute la journée (depuis 5 h. 1/2) pendant une période de huit jours, et pendant aucun de ces huit jours l'albumine ne se montra dans les urines.

Les quantités d'albumine étaient de 0,10 (traces) à 1 gr. 50.

Observation II. — G... M..., 15 ans, ouvrière en chaussures. Entrée le 6 avril 1911.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Père maréchal, très bien portant ; mère brodeuse, également bien portante. Une sœur ouvrière en chaussures, bien portante. Un frère mort à six mois de méningite, une sœur mort-née.

Jusqu'à l'année dernière, s'est toujours très bien portée ; l'an dernier, toussa et cracha le sang.

N'est pas encore réglée. A grandi rapidement l'année dernière ; à ce moment, a maigri.

Travaille à l'atelier depuis un an.

Il y a quinze jours, se présente à la consultation de l'Hôpital, se plaignant de douleurs dans la région sous-mammaire gauche depuis deux ou trois jours, surtout sensibles pendant l'inspiration. Comme cette douleur ne disparut pas au bout de quinze jours, la jeune fille revint hier à la consultation et on la fit entrer à l'hôpital.

C'est une jeune fille assez bien constituée, un peu maigre. Sous la clavicule droite, existent de la submatité et de l'exagération de la voix ; l'inspiration est rude, l'expiration prolongée au même niveau ; le reste du poumon est normal. Le pouls hypotendu. Pas de signe de petit brightisme. Saignements de nez fréquents l'an dernier. Appétit bon, digestion se faisant bien.

Cette jeune fille vivait, avec sa famille, dans un logis composé d'une seule pièce où tout le monde couchait ensemble. Son séjour à l'hôpital semble apporter une amélioration dans son état.

Poids à l'entrée : 41 kg. 500 ; un mois plus tard, 43 kg. 500. N'a jamais eu de température (sauf à la suite de piqûres de tuberculine).

Comme chez la malade précédente, il fut pratiqué chez elle neuf examens d'urine tous les jours pendant un mois, la jeune fille se levant à six heures du matin et se couchant à huit heures du soir. Il y eut d'abord une

période de neuf jours d'albuminurie se montrant uniquement dans l'émission urinaire de huit heures du matin (plus une fois à midi). Pendant cette période de neuf jours, la jeune fille fut maintenue au lit, pendant quatre jours consécutifs. Cela n'empêcha pas l'albumine de se montrer, elle se leva ensuite pendant cinq jours, il y eut albuminurie, qui disparut malgré que la malade continuât à rester levée toute la journée.

A cette période d'albuminurie de neuf jours succéda une période de six jours sans albumine ; puis quatre jours où l'albumine se montra à deux reprises, à huit heures et deux fois à huit et neuf heures, puis cinq jours sans albumine, un jour avec albumine à neuf heures et à midi.

En somme, quatre périodes albuminuriques de neuf, quatre, un et un jour séparées par des périodes d'analbuminurie de six, cinq, cinq, deux jours. Les quantités d'albumine ont oscillé de 0.10 (traces) à 0.25.

On peut retrouver dans ces observations certaines particularités que les auteurs ont signalées chez les albuminuriques orthostatiques : la croissance rapide, le retard de l'apparition de sa menstruation (Obs. II).

La tuberculose dont ces deux malades sont indubitablement atteintes, semble dater chez la première de deux années environ, chez la seconde d'une année seulement. Elle est chez la seconde à la période d'induration ; chez la première l'induration s'accompagne de phénomènes catarrhaux (craquements à l'auscultation, crachats muco-purulents ne renfermant pas de bacilles de Koch. Chez les deux l'affection est torpide et semble en voie d'amélioration à en juger par l'absence de fièvre, l'augmentation de poids, la bonne apparence de l'état général.

Enfin, l'épreuve du bleu de méthylène montra chez la malade de l'observation I, dont la bacillose est un peu plus ancienne et plus avancée que celle de la malade II, une élimination prolongée avec intermittence entre la 26e et la 38e heure. D'autre part, l'épreuve de la chlorurie alimentaire (ingestion de 20 grammes de NaCl pendant une journée) produit au bout de 2 jours une très forte albuminurie continue, mais n'apparaissant pas la nuit (1), à maximum à 7 heures du matin, au moment du lever : 5 grammes d'albumine ; 1 gramme seulement à 8 heures, 0,75 à 9 heures, 0,40 à 10 heures, 0,20 à midi, traces l'après-midi. Le lendemain 0,30 à 7 heures du matin, traces le reste du jour. Les jours suivants, l'albumine continue à reparaître moins uniformément, mais à presque toutes les heures du jour. Cependant les après-midi elle est moins fréquente. Certains jours même elle n'apparaît pas. Ce n'est qu'au bout d'une dizaine de jours que l'albuminurie reprend son type primitif ; chez l'autre malade, l'épreuve du bleu montre une élimination absolument normale, celle de la chlorurie alimentaire augmente cependant très faiblement la quantité d'albumine.

Chaque malade a donc le rein, sinon légèrement touché, du moins fragile. La dose de 20 grammes de NaCl qui est de beaucoup supérieure à celle que normalement nous ingérons par jour, n'aurait pas dû provoquer d'albuminurie. Notons que l'ingestion de 10 grammes donnés précédemment pendant deux jours de suite à chacune des malades, n'eut aucune influence sur l'albuminurie, les malades se trouvaient à ce moment-là dans une période d'analbuminurie, celle-ci persista malgré l'absorption de 10 grammes de sel (2).

(1) Cependant de l'albumine apparaît pendant la nuit à deux reprises, quelques jours plus tard.
(2) Soc. de méd. de Nancy.

REVUE CLINIQUE

Ostéomyélite vertébrale aiguë avec Epidurite purulente

Par MM. les Drs ARDIN-DELTEIL, M. RAYNAUD, DERRIEU

L'ostéomyélite vertébrale aiguë est relativement rare. Décrite pour la première fois avec précision par Lannelongue en 1879, elle a été ultérieurement l'objet des travaux de Chipault (1893), de Müller, Otto Hahn en 1895, de Makings, en 1896.

En 1905, dans une revue générale parue dans la *Gazette des Hôpitaux*, Labeyrie lui consacre une étude importante. Il ne relevait à ce moment que 55 observations publiées.

En 1910, P. Grisel présentait un rapport documenté sur l'ostéomyélite vertébrale au VIe Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie (Toulouse, septembre 1910). Le nombre des observations publiées atteignait alors quatre-vingt-cinq.

Il s'agit d'une affection peu fréquente. C'est ce qui nous a engagés à relater l'observation suivante :

OBSERVATION. — Iv... Renée est une fillette de 3 ans, entrée le 28 août 1912 à la clinique médicale, section infantile, pour un état fébrile accompagné de torticolis.

Les *antécédents personnels* de cette enfant se réduisent à un abcès de la région cervicale, apparu à l'âge d'un an, qui fut incisé, drainé et guérit au bout d'un mois.

Pas d'antécédents héréditaires.

Histoire de la maladie actuelle. — Remonte au milieu du mois d'août. A ce moment, survint au niveau de la partie interne du genou gauche un *petit abcès* qui dura quelques jours et s'accompagna de fièvre.

L'abcès guéri, la fièvre persista, élevée, atteignant même 40° à certains moments.

Au bout d'une semaine, vers le 24 août, la mère constata, au réveil, que la tête de l'enfant était inclinée en avant, immobilisée dans cette position ; les mouvements réveillaient une douleur très vive. Pendant toute la nuit précédente, l'enfant s'était plainte de vives douleurs dans le cou. Ces douleurs augmentaient d'intensité dès qu'on la touchait.

La situation ne s'améliorant pas au bout de trois ou quatre jours, on décida de faire entrer l'enfant à l'hôpital.

Examen à l'entrée. — L'état général de l'enfant est mauvais. Fièvre assez élevée aux environs de 39°. Anorexie, langue saburrale ; diarrhée profuse ; abdomen météorisé ; foie et rate tuméfiés.

Sur le voile du palais, siège une ulcération recouverte d'un enduit pultacé, dans lequel l'examen microscopique montre des cocci en très grand nombre.

Les bruits du cœur sont assourdis ; le pouls est rapide : 120. L'examen de l'appareil respiratoire montre l'existence d'une congestion intense, disséminée, accompagnée de râles nombreux, sibilants, ronflants, sous crépitants. Dyspnée intense.

L'examen de la petite malade est d'ailleurs très malaisé. L'enfant pousse des cris plaintifs dès qu'on la touche ; les téguments paraissent être le siège d'une hyperesthésie très vive, et généralisée. Sur le tronc existent de larges placards érythémateux, d'aspect morbilliforme, parsemés de très petites vésicules à contenu louche.

Le torticolis signalé par la mère persiste. La tête est inclinée à gauche et en avant. Les muscles de la nuque et le sterno-cléido-mastoïdien de ce même côté sont contracturés et douloureux. On constate également une certaine raideur de la colonne vertébrale et une attitude en flexion de la cuisse gauche sur le tronc ; elle paraît liée à de la contracture musculaire et l'extension de la cuisse est impossible en raison de la douleur très vive provoquée par toute tentative de mobilisation du membre inférieur

Les réflexes rotuliens sont diminués. Le réflexe plantaire se fait en flexion. Léger Kernig. Pas de raie méningitique.

Cependant inégalité pupillaire ; sa pupille gauche est en myosis. Les réflexes à la lumière et à l'accommodation sont conservés. L'examen ophtalmoscopique ne révèle aucune modification du fond de l'œil.

La percussion et la pression de la colonne vertébrale dans ses divers segments ne révèlent pas de point particulièrement douloureux. La pression exercée sur les épaules ne semble pas provoquer de réaction douloureuse dans le rachis.

Pas de troubles sphinctériens.

On porte le diagnostic d'état infectieux d'origine indéterminée, avec broncho-pneumonie, psoïtis et arthrite cervicale et réaction méningée.

On élimine l'idée d'une fièvre typhoïde. Le diagnostic de Widal est d'ailleurs négatif.

L'examen du sang montre une hyperleucocytose accentuée : 19.500 globules blancs, avec prédominance des polynucléaires (68 0/0).

En présence des symptômes méningés (torticolis, troubles pupillaires, Kernig léger), on pratique le 30 août une ponction lombaire qui donne issue à un liquide louche, hypotendu, dont on ne peut recueillir que 2 ou 3 centimètres cubes et qui se coagule en masse très rapidement. Ce liquide est xanthochromique et contient de nombreux polynucléaires.

Les jours suivants, l'état général s'aggrave ; la température dépasse 40° ; l'enfant est en pleine ataxo-adynamie ; la flexion de la cuisse gauche sur le hassin s'accentue encore.

Le 2 septembre, nouvelle ponction lombaire. Malgré plusieurs essais, la ponction reste blanche et on ne peut obtenir de liquide céphalo-rachidien. Mais en retirant légèrement l'aiguille, on voit s'écouler un liquide séro-purulent.

Ensemencé sur gélose et après étalement sur lames, ce pus donne du staphylocoque doré.

Le 4 septembre, nouvelle ponction lombaire. On voit s'écouler d'abord un liquide céphalo-rachidien louche, peu abondant, puis, en retirant légèrement l'aiguille, et en aspirant avec une seringue, on recueille un pus crémeux, jaunâtre, dans lequel on trouve du staphylocoque. La région lombaire est œdématiée ; on constate un début de flexion avec contracture de la cuisse droite.

La dyspnée est très vive ; le visage est cyanosé; on constate des foyers de broncho-pneumonie.

L'enfant meurt dans la soirée.

Autopsie. — L'autopsie n'a pu être complète. On a dû se borner à enlever les quatre dernières vertèbres lombaires, le sacrum et le coccyx.

Après la section de la colonne au-dessus de la deuxième lombaire on vit s'écouler du canal vertébral un véritable flot de pus qui devient beaucoup plus abondant en plaçant le cadavre en position verticale.

En incisant les parties molles on avait rencontré une petite collection purulente dans la masse lombaire.

Sur la partie de l'axe vertébral enlevée, on voit du pus sourdre par tous les trous de conjugaison.

En ouvrant l'hiatus sacro-coccygien, on voit encore s'écouler du pus provenant de l'espace épidural.

On ouvre alors complètement, par ablation de la partie postérieure de l'arc vertébral, le canal rachidien. On le trouve rempli de pus dans toute sa hauteur. Le fourreau dure-mérien baigne de toutes parts dans le pus aussi bien que les nerfs de la queue de cheval. La face externe de la dure-mère est parsemée de fongosités grisâtres infiltrées de pus.

On ouvre, la dure-mère et l'espace sous-arach-

médien, et on trouve la moelle congestionnée, baignant dans un liquide louche et rosé peu abondant ; pas d'adhérence, pas de cloisonnement.

Enfin, en enlevant en totalité la moelle et la queue de cheval, on voit la face postérieure des corps vertébraux tapissée de pus, qui pénètre dans tous les interstices. Le corps de la quatrième vertébrale lombaire est ramolli on peut facilement le sectionner au histouri ; le tissu médullaire est d'un gris jaunâtre ; les aréoles du tissu spongieux sont agrandies ; on trouve même çà et là de petites cavités remplies de pus.

En résumé, au cours d'un état infectieux grave, consécutif à un abcès du genou gauche, notre petit malade a réalisé un syndrome de *méningite spinale* (torticolis, raideur de la nuque et de la colonne vertébrale, flexion des membres inférieurs, troubles pupillaires). Les ponctions lombaires ont montré, outre les modifications du liquide céphalo-rachidien, l'existence d'une collection suppurée extra dure-mérienne, d'une *épidurite purulente*. L'autopsie, bien que partielle, a montré que cette épidurite purulente devait être étendue à la totalité de l'axe vertébral (pus s'écoulant à flots du canal rachidien, lors du redressement du cadavre). Elle a montré, en outre, que tous ces phénomènes s'accompagnaient d'*ostéomyélite vertébrale aiguë* et que le corps de la quatrième vertèbre lombaire était transformé en une véritable éponge purulente. Il est bien probable que si l'on avait pu entrer en possession de la totalité de l'axe rachidien, on aurait trouvé d'autres corps vertébraux aussi gravement lésés.

Aucune radiographie ne fut faite, l'enfant n'ayant pu être transportée au pavillon de radiographie en raison de la gravité de son état.

Nous nous sommes donc trouvés en présence d'un cas d'ostéomyélite vertébrale aiguë staphylococcique. Le point de départ a été l'abcès de la région du genou survenu le 15 août. A cet abcès a succédé une infection générale, une véritable septicémie staphylococcique à déterminations multiples, pulmonaires (broncho-pneumonie), cutanées (érythème et éruption vésiculeuse), méningées, périméningées et osseuses étendues à tout l'axe rachidien.

Comme dans tous les cas analogues, la gravité des symptômes généraux a masqué en quelque sorte le syndrome squelettique et, cliniquement, nous n'avons pu diagnostiquer, à côté de l'infection générale, que les réactions inflammatoires des méninges et, grâce à la ponction lombaire, l'épidurite purulente que nous pensions tout d'abord limitée à la région lombaire. Cette épidurite purulente généralisée n'a été signalée qu'une fois par Riese.

Comme dans tous les cas analogues, l'évolution s'est rapidement terminée par la mort.

L'ostéomyélite vertébrale aiguë, beaucoup plus fréquente chez l'enfant (comme toutes les ostéomyélites d'ailleurs) que chez l'adulte, est relativement rare.

Nous avons dit en commençant que, en 1910, Grisel n'en avait noté que quatre-vingt-cinq observations. Dans sa statistique de 1895, Otto Hahn constatait, sur six cent cinquante et un cas d'ostéomyélite aiguë, un seul cas d'ostéomyélite du rachis.

Nous avons d'autant plus volontiers rapporté cette observation d'ostéomyélite vertébrale aiguë staphylococcique, qu'elle vient compléter une série de faits que nous avons eu l'occasion d'observer au cours de l'année 1912.

Nous avons présenté l'an dernier à la Société un jeune homme atteint de spondylose vraisemblablement tuberculeuse. Nous avons d'autre part, publié quatre observations de spondylite infectieuse, dont deux de spondylite typhique survenue chez des enfants ; une de spondylite consécutive à un panaris et une de spondylite survenue au cours d'une infection puerpérale post-abortum. Enfin, l'un de nous a pu suivre ces mois derniers un jeune homme, qui a été vu également par le professeur Curtillet et qui, depuis dix-huit mois, à la suite d'une furonculose, réalisait un syndrome spondylitique des plus nets. Dans ce dernier cas, la spondylite s'est compliquée d'une psoïtis suppurée droite et d'un abcès périnéphrétique gauche, opérés tous deux par Etienne Cabanes et où l'on a retrouvé le staphylocoque à l'état de pureté.

Ainsi, nous avons pu observer en moins d'une année les variétés les plus diverses des infections de l'axe osseux vertébral dues à d'autres agents qu'au bacille de Koch, depuis les formes curables et relativement bénignes (spondylite typhique infantile), jusqu'à ces formes graves, le plus souvent mortelles, constituées par l'ostéomyélite vertébrale aiguë (1).

(1) Société de Médecine d'Alger.

REVUE DE PATHOLOGIE

Valeur réelle et importance réciproque de quelques facteurs étiologiques de l'artério-sclérose

Par M. A. PISSAVY
Médecin des hôpitaux.

Parmi les grands facteurs étiologiques de l'artério-sclérose, les auteurs s'accordent à indiquer, à côté de l'âge et du sexe masculin, un certain nombre d'états pathologiques en tête desquels figurent la syphilis, l'alcoolisme, le saturnisme, le paludisme et l'intoxication par le tabac.

J'ai entrepris de rechercher si toutes les causes avaient bien la valeur qu'on leur attribue et, dans l'affirmative, d'évaluer leur importance réciproque. La consultation à l'hôpital Necker me fournissant les documents nécessaires, je me suis livré à l'enquête dont on trouvera plus loin le résultat.

Cette enquête a porté sur 400 malades pris au hasard. J'ai noté pour chacun d'eux l'âge et le sexe, la présence ou l'absence de syphilis, d'alcoolisme, de saturnisme, de paludisme, d'intoxication par le tabac et, enfin, la présence ou l'absence d'artério-sclérose. Le diagnostic de cette affection a été fait d'après l'état des artères périphériques et seuls ont été considérés comme positifs les cas où l'induration des artères était incontestable.

L'influence de l'âge sur le développement de l'artério-sclérose peut être appréciée par les chiffres suivants. On trouve cette affection chez 5 p. 100 des individus âgés de 20 à 40 ans ; chez 34 p. 100 des individus âgés de 41 à 60 ans et chez 71 p. 100 des individus âgés de 61 à 80 ans.

L'influence du sexe n'est pas moins manifeste. Sur les 400 malades que j'ai examinés, il y avait 283 hommes et 117 femmes ; chez les hommes, la proportion des artério-scléreux fut de 30 p. 100; elle ne fut que de 5 p. 100 chez les femmes.

Pour apprécier, enfin, l'importance des autres facteurs étiologiques : syphilis, alcoolisme, saturnisme, paludisme, tabagisme, j'ai commencé par établir le pourcentage des cas d'artério-sclérose chez les individus exempts de ces différentes tares. Le chiffre obtenu a été de 11 p. 100. Puis j'ai cherché la proportion d'artério-scléreux fournis par les malades *uniquement* syphilitiques, *uniquement* alcooliques, etc. ; cette proportion est indiquée dans le tableau suivant :

		Artério-scléreux.	Soit pour 100.
Malades syphilitiques..	29	4	13
— alcooliques....	38	17	44
— saturnins.....	5	2	40
— paludiques....	12	4	33
— tabagiques....	28	5	17

L'obligation où je me trouvais de ne faire figurer dans ce tableau que des malades atteints d'une seule tare à l'exclusion des autres a singulièrement réduit le nombre des cas utilisables. Les pourcentages concernant le paludisme et surtout le saturnisme sont établis sur des chiffres si faibles qu'on ne peut les accepter qu'avec les plus grandes réserves. En ce qui concerne les autres affections, le nombre des cas est suffisamment élevé pour permettre de considérer comme relativement exactes les proportions obtenues.

Une première chose frappe immédiatement quand on considère le tableau, c'est la faible influence de la syphilis sur le développement de l'artério-sclérose. Chez les malades n'ayant d'autre tare que l'infection spécifique, la proportion des artério-scléreux est à peine supérieure (13 p. 100) à ce qu'elle est chez les individus exempts de tares (11 p. 100).

Cette constatation, assez inattendue, va contre l'opinion classique qui range l'infection syphilitique parmi les causes les plus fréquentes de la sclérose artérielle et nous conduit naturellement à discuter cette opinion.

Le principal argument, invoqué en sa faveur, est la fréquence avec laquelle la spécificité se rencontre chez les artério-scléreux, comme seule cause appréciable de sclérose artérielle. On la trouve, disent les auteurs, à peu près dans un cinquième des cas. Ce chiffre me paraît d'autant moins contestable que celui auquel je suis arrivé est même un peu plus élevé : il atteint 22 p. 100. Mais pour apprécier la valeur d'une proportion de ce genre, il faut avoir un point de comparaison, autrement dit, connaître la fréquence de la syphilis chez les non artério-scléreux. Or, d'après l'enquête que j'ai faite, cette fréquence est chez eux presque aussi grande que chez les artério-scléreux : elle atteint, en effet, une proportion voisine de 1 sur 5, exactement 18 p. 100.

Cette constatation réduit singulièrement la valeur de l'argument sur lequel repose l'opinion classique et confirme, au contraire, la conclusion à laquelle j'arrivais tout à l'heure, à savoir que la syphilis est loin d'avoir l'importance qu'on lui accorde généralement.

Par contre, l'importance de l'alcoolisme s'affirme de la façon la plus évidente : 44 p. 100 des alcooliques deviennent artério-scléreux et l'alcoolisme multiplie par quatre les chances de sclérose artérielle. A ce point de vue, les résultats de mon enquête confirment les idées généralement admises.

Elle semble confirmer aussi le rôle très considérable du saturnisme et de l'infection paludéenne. Mais, comme je le faisais remarquer précédemment, les cas où ces affections existaient à l'état de tares isolées sont trop peu nombreux dans ma statistique pour que j'en puisse tirer des conclusions formelles.

L'abus du tabac, enfin, paraît avoir une certaine influence, puisque la proportion des artério-scléreux a été de 17 p. 100 chez les tabagiques au lieu de 11 p. 100 chez les individus exempts de tares, mais cette influence est loin d'être comparable à celle de l'alcool qui, avec l'âge avancé, vient incontestablement en tête des grands facteurs étiologiques de l'artério-sclérose.

J'ajouterai qu'ayant mesuré, avec l'oscillomètre de Pachon, la tension artérielle de la plupart de mes malades, j'ai constaté que les tensions maxima et minima moyennes étaient de 21 et de 11,5 chez les artério-scléreux ; de 18 et de 9,8 chez les malades indemnes de sclérose artérielle (1).

(1) Soc. médic. des hôpitaux.

LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Le Dr Leredde commencera le dimanche 6 avril, à 10 h. 1/2, une série de conférences sur le *Traitement de la Syphilis* et les continuera les dimanches suivants à la même heure. On est prié de se faire inscrire 31, rue La Boétie. (Tél. 564.18.)

Le programme de ces conférences sera envoyé sur demande.

REVUE DE CHIRURGIE

Deux cas d'entérorragies consécutives à la kélotomie

Par M. le Docteur J.-P. TOURNEUX

L'on sait qu'à la suite d'interventions chirurgicales portant tant sur l'abdomen que sur les autres régions de l'organisme, il a été donné d'observer, parmi les différentes complications qui peuvent alors se manifester, un certain nombre de cas d'hémorragies de l'appareil digestif, se traduisant soit par des gastrorragies, soit par des entérorragies. Ces émissions sanguines peuvent se produire, si l'on en croit les différents auteurs qui se sont occupés de cette question, à la suite d'opérations siégeant sur les régions les plus diverses de l'économie, mais il semble bien que ce soient les affections du tube digestif qui présentent le plus fréquemment ces complications. Et, à ce point de vue, certaines interventions, comme la cure radicale des hernies tant libres qu'étranglées, ainsi d'ailleurs que l'appendicectomie, semblent être particulièrement suivies de ces accidents. Ce sont là des faits qui bien que signalés depuis assez longtemps, en 1864 par Broca et en 1873 par Le Fort, et bien étudiés par des auteurs russes et allemands, Schnitzer, Ulman, Kukula, Busse, ne sont pas encore bien connus en France, car ce n'est que récemment qu'ils paraissent avoir reçu le droit de cité dans le domaine classique, grâce aux efforts de Louis Sauvé.

Ces hémorragies sont rares assurément, mais elles ne sont pas exceptionnelles et il importe de bien les connaître car, d'après leur véritable cause et leur signification, l'influence qu'elles auront sur le pronostic varie essentiellement. Nous avons eu l'occasion d'observer deux de ces complications dans le service de notre maître, M. le professeur Mériel et nous croyons intéressant de les communiquer à la Société de chirurgie.

Il s'agit de deux cas d'entérorragie post-opératoire différant essentiellement l'un de l'autre, et par l'évolution clinique comme d'ailleurs aussi par la pathogénie : dans le premier cas, il s'est agi d'une hémorragie précoce due vraisemblablement à un taxis exagéré et dans le second cas d'une émission sanguine tardive due à un sphacèle localisé. Ce sont ces deux observations que nous allons maintenant rapporter.

OBSERVATION I

Le lundi 23 septembre 1912, vers quatre heures du soir, était amené salle Saint-Lazare n° 23, un malade atteint d'une hernie inguinale droite étranglée. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-cinq ans, de bonne santé générale, sans rien de notable dans ses antécédents. Il y avait cinq ou six ans qu'il avait vu apparaître dans la région inguinale une petite tumeur qu'un pharmacien lui avait recommandé de maintenir par un bandage. Notre malade avait porté cet appareil environ pendant deux ans, puis, comme il le gênait dans son travail de mécanicien, il l'avait supprimé et n'avait depuis lors jamais constaté de symptômes quelconques. Dans la soirée du 22 septembre, à la suite d'un effort assez violent, Jules C... ressentit soudain une douleur assez forte dans l'aine, en même temps que sa hernie qui ordinairement n'était pas procidente, sortait brusquement et devenait dure. Notre malade essaya vainement de la faire rentrer, d'abord à l'aide de pressions, puis au moyen de cataplasmes. Le lendemain matin, comme l'irréductibilité demeurait entière, que les douleurs augmentaient et s'accompagnaient d'un certain nombre de phénomènes du côté du tube digestif, il fit chercher un médecin de la ville, qui par un taxis modéré d'abord, puis plus violent, essaya la réduction. Le seul résultat fut d'augmenter les douleurs, ce que voyant le praticien conseilla le transport à l'Hôtel-Dieu en vue d'une intervention. Malgré ce sage avis, notre malade ne nous fut amené que l'après-midi. En l'examinant, on constate une grosse tumeur siégeant dans la région inguinale ; elle est dure, mate, immobile, douloureuse ; les téguments présentent une coloration bleuâtre ; arrêt complet des matières et des gaz, nausées, vomissements. Le diagnostic s'imposait, il ne restait qu'à intervenir. Après anesthésie générale à l'éther, une longue incision intéressant peau et tissu cellulaire nous conduit sur le sac. Toute cette région est pleine d'ecchymoses et le péritoine herniaire présente une coloration noirâtre. Nous l'incisons avec précaution puis nous évacuons de volumineux caillots qui encombrent la cavité. Nous levons l'agent d'étranglement qui est assez lâche et nous examinons l'intestin, dont l'aspect ne nous paraît pas des plus rassurants. Il présente, en effet, une couleur brun foncé qui se dissipe un peu sous l'action du sérum. Nous nous décidons alors à lui faire réintégrer sa cavité naturelle et nous terminons par la cure antéfuniculaire.

Le lendemain matin, notre malade est en excellent état : sa température est de 36°8, son pouls compte 80. Pas de douleurs, émissions de quelques gaz. Le soir, même état. Température 37°8 pouls 84.

Le 25 septembre, le surlendemain de l'opération, notre malade a une selle spontanée accompagnée de l'émission d'environ un demi-verre de sang coagulé. Température 36°5, pouls 78. La plaie a bon aspect, pas de douleurs abdominales. On fait une piqûre d'ergotine et on donne à l'intérieur de l'opium et du chlorure de calcium.

Le soir, nouvelle selle sanglante, même médication. Température 37°4, pouls 88. Le 26 septembre, par suite de l'action de l'opium, il n'y a pas d'émissions de matières, la température est normale et le pouls bon. Pas de météorisme ni de douleur abdominale. Cet état se continue les deux jours suivants et le 29 septembre on prescrivit un lavement qui produisit une selle abondante sans aucune trace du liquide sanguin.

Les suites opératoires furent depuis lors normales et le 20 octobre Jules C... quittait le service complètement rétabli.

OBSERVATION II.

Il s'agit d'une femme de cinquante ans qui fut adressée le 17 juillet 1911 à l'Hôtel-Dieu pour une hernie inguinale gauche étranglée et qui fut hospitalisée salle Saint-Louis, n° 6. Cette malade ne présente aucun fait intéressant à noter dans ses antécédents. Il y a dix ans environ, à la suite d'un effort, elle a vu apparaître dans la région inguinale une petite tumeur de la grosseur d'un œuf, indolore, mobile, réductible par pression ainsi que dans le décubitus. Comme cette hernie ne la gênait en rien dans ses occupations de ménagère, elle ne s'en est jamais préoccupée et n'a point porté de bandage. Dans la journée du 16 juillet notre malade, qui était grimpée sur une chaise, fut obligée de faire un effort considérable pour ne pas tomber à la suite d'un faux mouvement et ressentit à ce moment une douleur assez vive dans le bas-ventre. Elle constata alors que sa hernie était devenue irréductible et douloureuse. Elle fit appeler un médecin qui sans s'attarder à faire du taxis, conseilla l'envoi immédiat à Toulouse dans un service de chirurgie ; mais par suite de formalités administratives son entrée ne put se faire que le lendemain. A l'examen, on trouve les symptômes classiques des hernies étranglées, tumeur dure, mate, immobile, irréductible, douloureuse, arrêt des matières et des gaz, léger ballonnement du ventre. L'intervention eut lieu un quart d'heure après, sous anesthésie générale à l'éther. Après incision de la peau et des plans adjacents, on découvre le sac qui est incisé. Dans sa cavité se trouve une anse intestinale présentant une bonne coloration : l'agent d'étranglement moyennement serré est levé, l'anse réintégrée, et la paroi refaite suivant le procédé habituel.

Les suites immédiates furent excellentes, température normale, pouls bon, pas de douleurs, pas de météorisme. Le 19 juillet il y eut une selle normale, le bon état persista les jours suivants, et nous pensions que tout allait se passer normalement quand, le 25 juillet, la malade nous fit une brusque ascension de température, 38°3, le pouls restant normal à 82. Dans l'après-midi, elle eut une selle très abondante accompagnée d'une émission sanguine assez considérable mais sans débris organiques. Piqûre d'ergotine, opium et chlorure de calcium. Le soir, température 38°7, pouls 94.

Le 26 juillet, une nouvelle selle sanglante un peu moins abondante que la précédente, le sang est noir, il n'y a pas dans les selles de débris sphacélés. La température est tombée à 37°2, le pouls est à 82. Même médication.

Le 27 juillet, encore une selle légèrement sanglante dans la matinée, la température reste normale et le pouls bon. On donne encore de l'ergotine et du chlorure de calcium. Pas de douleurs abdominales, pas de phénomènes particuliers. L'après-midi, une selle teintée de sang.

A partir de cette date, les entérorragies cessèrent complètement, la marche de l'affection devint tout à fait régulière et le 8 août notre malade quittait le service.

En résumé, voilà donc deux cas d'entérorragies différant essentiellement l'une de l'autre, car en comparant nos deux observations, on y constate des différences extrêmement marquées. Dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune homme dont la hernie étranglée avait subi un taxis des plus violents, et chez lequel l'entérorragie s'était manifestée dès le deuxième jour après l'intervention. Dans le second cas, au contraire, les accidents ne sont survenus que le huitième jour, ils se sont accompagnés d'une élévation notable de température ainsi que d'une abondante perte de sang : l'émission sanguine s'est enfin manifestée pendant un laps de temps beaucoup plus long.

Quant au mécanisme de ces hémorragies, il nous paraît des plus simples à expliquer pour notre premier cas ; il ne nous semble pas qu'il faille ici invoquer la théorie de l'éclatement capillaire causée par la striction de l'agent d'étranglement, car ce dernier était en somme assez lâche et ne serrait que modérément l'intestin, et nous estimons qu'il est beaucoup plus logique d'incriminer ici le taxis qui, dans sa brutalité aveugle a, d'après nous, non seulement causé des effusions sanguines dans les plans superficiels et dans le sac, mais encore au niveau de l'intestin lui-même. Ce sont là des faits qui ont déjà été autrefois signalés par Broca, qui ont été bien étudiés par Luksch en 1897, et que L. Sauvé range dans la catégorie des entérorragies évitables.

L'interprétation du deuxième cas nous paraît au contraire beaucoup plus délicate. Evidemment, cette hémorragie prend place dans le groupe décrit par Ullmann sous le nom d'entérorragie tardive, mais son mécanisme nous semble plus difficile à élucider.

Il est d'abord un facteur d'émission sanguine que nous estimons pouvoir éliminer dès le début, c'est l'anesthésique employé. D'après Busse, Lee et Sauvé, dans un bon nombre de cas c'est au chloroforme, par son action directe soit sur le foie, soit sur le milieu sanguin lui-même, que l'on serait redevable de ces complications. Or, dans notre cas, c'est par l'éther que fut obtenue la narcose et jamais aucun auteur n'a incriminé cet anesthésique. Busse, dans son mémoire, a insisté sur ce fait que, dans les cas où l'anesthésie avait pu être incriminée, l'éther n'avait pas été employé.

Nous ne pensons pas non plus qu'il faille incriminer une infection post-opératoire, car dans

ce cas, nous eussions eu des symptômes alarmants dès les premiers jours et l'évolution de notre opéré eût été toute différente : le ventre a toujours été très souple, il n'y a eu d'élévation de température qu'au moment de l'hémorragie, et la guérison s'est faite normalement dans le laps de temps minimum.

La thrombose artérielle ne nous paraît pas non plus devoir entrer en ligne de compte. D'après les auteurs, elle ne surviendrait que chez des gens déjà atteints d'affections cardiaques ou aortiques et l'examen de notre malade a montré qu'il ne restait aucune trace de cardiopathie.

S'agit-il là d'une thrombose veineuse analogue à celle qu'a décrite Kukula, d'origine intestinale, due à une lésion mécanique et exaltée par la virulence microbienne? Nous ne le pensons pas non plus. Les différentes observations rapportées montrent que les cas relevant de ce mécanisme sont extrêmement graves et qu'une intervention hâtive consistant en une résection intestinale pouvait seule arrêter une issue fatale. Ces thromboses veineuses amènent en effet une ischémie d'un segment considérable de l'intestin et une ischémie définitive ; l'anse est vouée dès lors à la gangrène et la péritonite se déclare bientôt si l'on n'opère pas.

Il ne nous reste plus qu'une hypothèse à envisager, hypothèse à laquelle nous nous rallions d'ailleurs, c'est celle d'une hémorragie par chute d'escarre. Par suite de l'étranglement, il y a eu gangrène herniaire, mais limitée seulement à la muqueuse, ce que prouve l'absence de réaction péritonéale.

Après l'opération, la gangrène s'est arrêtée dans sa marche et n'a pas gagné les couches profondes. Il s'est donc formé une escarre purement muqueuse et sa chute a provoqué une hémorragie, comme autrefois dans les amputations, le sphacèle des lambeaux provoquait à la chute de l'escarre des hémorragies des vaisseaux ligaturés. Pour pouvoir affirmer d'une façon décisive notre interprétation, il nous manque d'avoir pu constater dans les selles sanglantes les lambeaux muqueux expulsés ; mais une pareille recherche est souvent extrêmement délicate, car les débris sont confondus avec les matières fécales et peuvent être complètement modifiés par eux. Si d'ailleurs, et c'est ce que nous pensons, la perte de substances se trouve minime, il ne peut s'agir que de quelques amas cellulaires en voie de désorganisation et seules les recherches microscopiques eussent pu en déceler la présence.

Quoi qu'il en soit, c'est à ce dernier mécanisme, de sphacèle de la paroi, que nous nous rangeons et c'est lui que nous pensons devoir incriminer dans notre deuxième cas d'entérorragie (1).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Les petits Lavements médicamenteux

Sous ce nom, M. le docteur Auguste Guérin désigne des lavements dont le volume total mesure 5, 10 ou 15 centimètres cubes, c'est-à-dire deux ou trois cuillères à café au maximum.

Ces lavements que l'on peut administrer à l'aide d'une poire, mais que l'on donnera toujours mieux au moyen d'une petite seringue, sont précieux pour faire absorber les médicaments que l'on ne peut, pour une raison ou une autre, faire prendre par les voies habituelles.

On administrera ainsi avec grand avantage la morphine, la dionine, l'héroïne, le laudanum, le bromure de potassium, la belladone, l'antipyrine, le pyramidon, le sérum, les médicaments laxatifs, etc.

Les préparations mercurielles, la quinine, ne doivent pas être employées sous forme de lavements médicamenteux.

Les contre-indications de ceux-ci sont peu nombreuses : intolérance rectale, hémorroïdes, entérite, nervosité du malade ; l'insuccès de la médication dû à un état spécial de la muqueuse absorbant mal le médicament peuvent aussi faire renoncer à ce traitement.

Voici, d'après le préconisateur de la méthode, la technique qu'il convient de suivre pour l'administration de ces petits lavements médicamenteux.

TECHNIQUE. — A) *Poire à lavement.* — Elle est rejetée par Condamin, par Monteuuis ; on lui reproche d'injecter de l'air, de réaspirer une partie du liquide injecté ; cependant elle rend de réels services. Se méfier des poires de 30 et même 50 cc. fournies au lieu de celles de 15 cc. demandées. Bien spécifier dans son ordonnance, qu'il s'agit d'un lavement d'une cuillère à soupe seulement.

B) *Seringue.* — Instrument de choix. Il faut demander une seringue urétrale de 6 cc. environ avec une pointe un peu renflée pour pouvoir recevoir et retenir une petite canule ou un bout de sonde urétrale. Calculer sa formule et bien spécifier qu'il s'agit alors, comme quantité, d'une cuillère à café.

C) *Canule.* — Elle doit être courte ; il ne faut pas se laisser tenter par une sonde longue qui retiendra et fera perdre une partie du médicament et qui est inutile. Lucas-Championnière a démontré que les longues canules s'enroulent dans le rectum sans que l'on puisse les pousser à plus de 10 centimètres. Burlureau fait bien remarquer que le bol fécal se dessèche à mesure qu'il se rapproche de l'anus et que c'est la dernière partie du rectum qui absorbe le mieux.

D) *Précautions supplémentaires.* — Il vaut mieux injecter le liquide tiède ; il suffit pour cela de tremper le flacon dans de l'eau chaude après l'avoir entouré d'une ficelle au niveau de l'étiquette qui peut se décoller.

Un lavement évacuant préliminaire est quelque fois nécessaire ; on attendra ensuite le repos complet de l'intestin pour donner le petit lavement médicamenteux.

Il faut dire au malade qu'il doit s'efforcer de garder son lavement, on l'écrira même sur l'ordonnance ; ainsi faisant, on n'aura pas la surprise d'entendre un malade disant : « Docteur, j'ai bien dormi, mais je suis très ennuyé, car je n'ai pas pu rendre mon lavement de morphine malgré tous mes efforts.

REVUE D'ORTHOPÉDIE

Du rôle du Massage dans le traitement de la Scoliose

Par le Docteur P. KOUINDJY
Chargé du Service de Rééducation et de Massage à la Clinique Charcot de la Salpêtrière

Le massage méthodique étant l'un des plus importants éléments de la Kinésie, son indication dans la thérapeutique kinésithérapique de la Scoliose est d'une utilité absolue, car le vêtement musculaire, qui couvre le dos et se rattache à toute la longueur de la colonne vertébrale, joue un rôle capital dans la pathogénie des déviations vertébrales.

De cette masse musculaire, seuls le trapèze et le grand dorsal occupent toute la région dorsale et s'insèrent sur toutes les vertèbres dorsales et lombaires. Cette masse musculaire subit successivement des altérations dans ses fonctions. Elle contribue à augmenter la déviation rachidienne grâce à la perturbation provoquée dans l'harmonie des fonctions des différentes forces musculaires des muscles en jeu. Ces altérations peuvent également être occasionnées par la fatigue due aux exercices kinésiques. Le massage méthodique est l'agent physique par excellence qui permet, grâce à son action nutritive sur la fibre musculaire, de relever la tonicité musculaire abaissée ou altérée.

En 1901, l'auteur a établi déjà les principes du massage du scoliotique : massage des muscles de deux côtés du rachis tout au début de la déviation et massage des muscles du côté de la convexité, quand la courbure commence à se produire.

Les muscles de la convexité sont en état d'hypotonie, les muscles de la concavité sont en hypertonie. Cette différence de la tonicité entre les deux groupes musculaires de la colonne vertébrale s'établit à la suite de la déviation, qui, grâce à l'attitude vicieuse ou à toute autre cause, finit par distendre les attaches musculaires du côté de la convexité et par contracter celles du côté de la concavité. Le massage uniforme de deux groupes musculaires fortifie les muscles hypertonifiés et, par conséquent, augmente la courbe de la déviation. Pour éviter cette augmentation de la déviation rachidienne, *il faut masser seulement les muscles de la convexité.* Ces derniers, en se fortifiant, agissent sur les arcs de courbure du rachis et contribuent aussi à son redressement.

Le massage méthodique trouve donc ses indications dans tout traitement des déviations de la colonne vertébrale. Par son action nutritive sur la fibre musculaire il répare la perte de la tonicité des muscles de la convexité. En stimulant l'activité musculaire des muscles en hypotonie, le massage méthodique apporte au traitement kinésithérapique des scoliotiques un élément favorable de la plus haute importance. Si on l'applique dès le début de la déviation, on peut masser les deux groupes antagonistes, car à cette époque la différence de la tonicité entre ces derniers est insignifiante. Considéré au point de vue prophylactique, le massage des muscles du dos pourra dans beaucoup de cas contribuer à prévenir même la déviation. D'où il résulte que son application dans le traitement kinésique des déviations rachidiennes devient nécessaire et d'une utilité indiscutable.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Un cas de rétrécissement du bassin

Par M. le Docteur E. VAYSSIÈRE
Chef de clinique obstétricale à l'École de Médecine de Marseille.

La femme dont nous présentons l'observation est une primipare âgée de 22 ans, exerçant la profession de couturière, ayant eu ses règles pour la dernière fois du 9 au 15 janvier 1912.

Au début de la grossesse, quelques vomissements ; ensuite, pas de troubles bien marqués ; jusqu'à la fin septembre cette femme avait pu exercer son métier. Elle avait négligé de se faire examiner pendant toute la durée de sa grossesse.

A partir des premiers jours d'octobre, elle signale quelques douleurs abdominales nocturnes et, le 10 octobre à 6 heures du matin, au moment où la malade allait se lever, rupture brusque des membranes et issue de liquide amniotique en quantité assez abondante ; à partir de ce moment, contractions utérines se succédant sans interruption jusqu'à l'opération.

Une accoucheuse appelée le jeudi dans la journée, demande, le vendredi, l'intervention d'un médecin ; ce dernier décide le transfert de la parturiente à l'hôpital.

Elle entre à la clinique d'accouchement le 12 octobre, à 5 heures du matin. A l'entrée : Etat général assez bon ; pouls à 76 pulsations, régulier, bien frappé ; langue sèche ; température rectale de 38,1.

Paroi abdominale tendue, rendant la palper difficultueux. Utérus à 34 centimètres au dessus de la symphyse pubienne en antéversion et déjeté

(1) Soc. de chir. de Toulouse.

un peu à droite. Contractions fortes, régulières, se succédant très rapidement, sans interruption.

Au palper : Fœtus en OIDT ; tête immobilisée au détroit supérieur mal fléchie, nous donnant par la mensuration externe suivant la méthode de Perret 13 cent. 1/2 ; la paroi étant de 1 centimètre, nous obtenons un diamètre occipito-frontal de 11 centimètres 1/2, d'où un bipariétal de 9 centimètres. Le palper mensurateur de Pinard montre la bosse pariétale anterieure dépassant nettement la symphyse pubienne. L'épaule est à plus de 8 centimètres ; à ce niveau l'on entend très nettement les battements fœtaux bien réguliers, bien frappés, ni trop lents ni trop rapides.

Au toucher : Vulve œdématiée ; par instant écoulement en petite quantité de liquide amniotique sans odeur bien caractéristique, légèrement et uniformément coloré en verdâtre par du méconium sans grumeaux.

Vagin souple, normal. Col œdématié, assez dur, ayant une dilatation égale à 5 francs, permettant d'atteindre la tête fœtale élevée, coiffée d'une bosse séro-sanguine très volumineuse masquant les sutures. Presque directement un peu au-dessus et en arrière de cette bosse séro-sanguine, on atteint très facilement le promontoire. Promontoire très saillant, angle aigu faisant saillie dans le détroit supérieur : diamètre promonto-sous-pubien = 9 centimètres à 9 centimètres 1/2, d'où promonto-pubien utile de 7 centimètres 5 à 7 centimètres 7. Sur les côtés, ligne inominée très accessible, arc antérieur à petit rayon, tout le détroit supérieur s'explorant très facilement avec l'index seul.

Du côté de l'excavation, sacrum très incurvé. Du côté du détroit inférieur, rien d'anormal.

En résumé : Poche des eaux rompue depuis deux jours ; contractions presque subintrantes, chez une primipare enceinte de 8 mois et vingt jours, ayant un bassin annelé généralement rétréci de 7 cm 1/2, la tête fœtale non engagée paraissant avoir 9 centimètres de bipariétal.

A 10 heures du matin, aucun changement du côté de la présentation et de la dilatation, bruits fœtaux toujours bons, l'utérus a tendance à se tétaniser, le segment inférieur se distend. Avec M. Moiroud, interne de la Clinique, nous décidons en principe de tenter une césarienne mutilatrice, suivant le procédé de Porro.

A midi 35, aucun changement et intervention avec l'aide de M. le professeur suppléant J. Fiolle et de M. Moiroud. Anesthésie au chloroforme par M. Pagès. Asepsie de la paroi et du vagin à la teinture d'iode dédoublée et à l'alcool sans savonnage préalable. Injection dès le début de l'intervention de 1 milligramme d'ergotinine.

Incision médiane d'environ 20 centimètres de longueur en deux temps au bistouri et aux ciseaux.

Extériorisation de l'utérus, fermeture provisoire de la cavité abdominale avec des pinces de Museux. Champs opératoires protecteurs. Incision transversale de l'utérus d'une corne à l'autre suivant le procédé de Fritsch : il ne s'écoule pour ainsi dire pas de liquide amniotique.

Extraction du fœtus : ici un incident : tête immobilisée au détroit supérieur obligeant à faire un Mauriceau.

Placenta se décollant spontanément, uterus se rétractant immédiatement. Aucune hémorragie.

Le tube élastique est alors placé au niveau du segment inférieur ; ligature à la soie des troncs vasculaires, amputation du corps utérin et cautérisation du moignon à la teinture d'iode. Puis réfection de la paroi en un temps au fil d'argent et griffe et embrochage du moignon.

L'opération avait duré en tout 25 à 28 minutes.

L'enfant extrait était du sexe masculin pesant environ 2.800 grammes à 3.000 grammes, en état de mort apparente, recouvert d'enduit méconial de même que la paroi utérine, colorée elle aussi en vert. Il présentait une déformation céphalique caractéristique, aplatissement très marqué de toute la région pariétale gauche située au-dessus de la bosse pariétale ; il criait faiblement, respirait par intervalles et d'une façon saccadée, les bronches encombrées de mucosités, agité par instant de mouvements convulsifs ; le cœur se contractait bien, fortement et régulièrement. Il fallut pourtant deux heures un quart de manœuvres pour obtenir une respiration régulière. Mis en couveuse à 32° avec courant d'oxygène, il crie toujours faiblement, le dimanche au soir on commence à l'alimenter en lui donnant toutes les heures et demie du lait de femme par cuillerée. Le lundi, teinte subictérique, cris toujours faibles, apparition de sclerème ; il accepte l'alimentation et paraît amélioré vers le soir. On le traite par le sérum en injections sous-cutanées et en lavements, les bains chauds à 38° ; le mardi il semble plutôt mieux, le sclerème a rétrocédé partiellement mais respiration toujours gênée et, finalement, mort le mercredi matin, cinq jours après l'opération.

Le jeudi, autopsie permettant de constater des lésions bilatérales de broncho-pneumonie, cause de la mort de l'enfant.

Du côté de la mère, les suites opératoires furent excellentes ; la température maxima fut 38°6, les griffes enlevées le 7e jour, les fils d'argent le 11e jour, en même temps que le moignon qui fut sectionné au ras de la cicatrice réuuie par première intention.

En résumé, si pour cette césarienne les résultats maternels furent satisfaisants, il n'en a pas été de même pour le fœtus. On doit insister sur la nécessité pour toute femme enceinte de se faire examiner au point de vue pelvien dans les six premiers mois de la grossesse. Dans cette observation, un examen précoce eût permis de dépister le rétrécissement et par cela même de poser l'indication opératoire ; le fœtus n'aurait pas souffert *in utero*, et peut-être, plus résistant, il aurait pu survivre (1).

(1) Comité médical des Bouches-du-Rhône.

CARNET DU PRATICIEN

Tuberculose au début

Le docteur Lees, médecin consultant de l'hôpital Sainte-Mary, traite tous ses malades atteints de tuberculose pulmouaire par les inhalations antiseptiques continues.

L'inhalateur fonctionne jour et nuit, sauf durant les repas. Il renferme la préparation suivante :

Creosote....................	8 grammes
Acide phenique..............	8 —
Teinture d'iode.............	4 —
Sirop d'éther...............	4 —
Sirop de chloroforme........	8 —

Au début du traitement, période de repos au lit.

Il convient de combattre par les moyens usuels les troubles digestifs, l'anorexie, la diarrhée ou la constipation.

Pour aider aux digestions prescrire à la fin de chaque repas du lait malté dissous dans du lait ordinaire.

Désinfection soigneuse de la bouche après chaque prise de lait.

Contre les affections de la gorge, pulvérisations antiseptiques.

Contre l'obstruction nasale, pulvérisations d'une solution huileuse de cocaïne et d'eucalyptus.

Suppression absolue du tabac.

La grippe chez les enfants

1° On pourra prescrire :

Caféine.....................	0 gr. 10
Chlorhydrate de quinine....	0 — 20
Salipyrine..................	0 — 30
Benzoate de soude...........	1 gramme
Eau distillée...............	20 —
Sirop de mûres......q. s. p.	80 c. c.

Par cuillerée à soupe dans les 24 heures.

2° Mettre matin et soir dans chaque narine gros comme un pois de la pommade suivante :

Fleur de soufre.............	0 gr. 20
Chlorétone..................	0 — 50
Vaseline....................	30 grammes

Contre les vomissements

Donner par cuillerée à soupe de demi-heure en demi-heure :

Cocaïne.....................	0 gr. 03
Eau chloroformée............	50 grammes
Hydrolat de menthe..........	50 —

Tachycardies réflexes des tuberculeux avec palpitations

Teinture de menispermum cocculus..................	6 grammes
Teinture de veratrum viride.	5 —
Teinture de belladone.......	4 —
Teinture de thébaïque.......	4 —
Teinture de jusquiame.......	4 —
Ergotine Bonjean.	1 —

Triturer dans un mortier, filtrer.

X gouttes avant chacun des principaux repas.

(A. Robin.)

Phtisie laringée

Pratiquer des attouchements de la muqueuse infiltrée avec le mélange suivant :

Acide lactique..............	10 grammes
Formaline...................	1 gr. 50
Glycérine...................	4 grammes
Eau distillée...............	20 —

ou :

Paramonochlorophenol.....	4 à 10 grammes
Glycérine...................	G. d. pour 100 cc.
Eau distillée...............	G. d. pour 100 cc.

Indications des Stations hydrominérales et climatiques

En romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

En romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant* pas *d'eau.*

En «italique». — Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydro-minéral.

Albuminuries. — Saint-Nectaire.
Anémie. — Cauterets, Lamalou, La Bourboule.
Arthritisme. — Contrexéville, Cauterets, Mont-Dore.
Artério-sclérose. — Plombières, Royat.
Asthme. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Enghien.
Bronchites. — Cauterets.
Bronchites chroniques. — Cauterets, Mont-Dore La Bourboule.
Coliques hépatiques. — Contrexéville.
Constipation. — Cauterets, Châtel-Guyon.
Coryza chronique. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades, Enghien.
Dermatoses. — Saint-Christau, La Bourboule, Fumades.
Diabètes. — Contrexéville, La Bourboule, Vichy.
Dyspepsies. — Plombières, Cauterets.
Emphysème. — Mont-Dore, La Bourboule, Enghien.
Entérites. — Châtel-Guyon, Cauterets, Plombières.
Estomac. — Vichy, Plombières.
Foie. — Contrexéville.
Gorge. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades.
Goutte. — Contrexéville, Aix-les-Bains.
Gravelle urique. — Contrexéville, Châtel-Guyon, Vichy.
Laryngites. — Cauterets, La Bourboule, Fumades, Enghien.
Leucoplasie. — Saint-Christau.
Métrites. — Plombières, Salins-Moutiers, Fumades.
Névralgies. — Plombières.
Nez. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades.
Reins (Lavage). — Contrexéville.
Rhumatismes. — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax.
Rhume des Foins. — Mont-Dore, La Bourboule.
Sciatique. — Aix-les-Bains.
Syphilis. — Cauterets, Aix-les-Bains.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. Zante.

VARIÉTÉS

L'Art de limer

Au fur et à mesure que l'activité industrielle s'accroît, on cherche à obtenir le meilleur rendement pour toutes les machines, tous les moteurs, y compris le moteur humain. Grâce, en effet, à la relation qui existe entre l'oxygène consommé par l'ouvrier et sa dépense d'énergie, grâce à l'emploi des procédés d'inscription graphique, on peut relever des courbes permettant d'évaluer les efforts musculaires, le travail utile et la dépense d'énergie correspondante. Il est ensuite facile, en faisant varier chaque élément de travail, sa vitesse, sa durée totale, les attitudes de l'ouvrier, etc., d'arriver à déterminer les conditions du travail maximum de l'ouvrier ainsi assimilé à un organisme mécanique.

M. Amar a appliqué des méthodes à la manœuvre de la lime demi-douce limant du laiton. Des graphiques relevés, il résulte que le poids de limaille enlevée est généralement proportionnel au travail de l'outil et que le rythme des coups de lime modifie la quantité d'ouvrage et diffère d'un sujet à l'antre. Jusqu'à 79 coups par minute il accroît le travail. Quant à la dépense d'énergie par kilogramme de limaille produit, elle diminue au fur et à mesure que le rythme augmente jusqu'à un minimum atteint pour la cadence de 70. Enfin, l'attitude du corps, droite ou penchée, ses oscillations, sa distance à l'étau, l'inclinaison des bras sur l'outil, la position des pieds, modifient la dépense d'énergie, et l'on conçoit l'intérêt pratique que présente la détermination scientifique de la position correcte donnant le maximum de rendement.

D'après M. Amar, le corps de l'ouvrier doit être droit, sans raideur, à 25 centimètres de l'étau qui est placé au niveau de l'ombilic. Les talons doivent être distants de 0 m. 25, les pieds formant entre eux un angle de 68 degrés ; le bras gauche en complète extension appuie sur l'outil un peu plus que le bras droit. Le rythme des mouvements est de 70 à la minute, et après cinq minutes de travail, il est bon de prendre une minute de repos complet, les bras tombant le long du corps.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Académie de médecine

Au cours de sa dernière séance il a été transmis à l'Académie de médecine par le ministre de l'intérieur des demandes des Conseils municipaux de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), Briançon (Basses-Alpes), Carteret (Manche) et Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales) en vue de l'érection de ces villes en stations hydrominérales avec institution d'une chambre d'industrie thermale.

Ces diverses demandes ont été renvoyées à l'examen de la Commission permanente des Eaux Minérales.

L'Académie a, de plus, entendu une série de rapports de M. Pouchet, au nom de la Commission permanente des eaux minérales relativement à diverses demandes formulées en vue de création de stations hydrominérales et climatiques.

Conformément aux conclusions de ces rapports elle a décidé :

1° Qu'il y avait lieu d'émettre un avis favorable aux demandes formulées par les municipalités de Cette (Hérault), La Rochelle (Charente-Inférieure), Mimizan (Landes) en vue de l'érection de ces localités en stations climatiques ;

2° Qu'il y avait lieu de surseoir à la demande de la municipalité de Chatelaillon (Charente-Inférieure) en vue de l'érection de cette localité en station climatique jusqu'à ce qu'elle ait fourni des données absolument précises relativement à son assainissement ;

3° Qu'il y a lieu d'émettre un avis favorable à la demande de la municipalité de la Roche-Posay (Vienne) en vue de l'érection de cette commune en station hydrominérale et climatique, sous la condition que la municipalité de cette localité soumettra au Conseil supérieur d'hygiène publique, dans un délai de six mois, un projet d'assainissement comportant l'adduction d'eau potable et l'épuration des eaux usées avant leur déversement à la rivière la Creuse, projet pour l'exécution duquel il serait fixé un délai après approbation ;

4° Qu'il y a lieu d'émettre un avis favorable à la demande de la municipalité d'Aix-les-Bains en vue de l'érection de cette ville en station hydrominérale et de retourner, pour complément d'enquête, le dossier fourni par la municipalité de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), en vue de l'érection de cette localité en station hydrominérale ;

5° Qu'il y a lieu de n'émettre aucun avis sur la demande formulée par la municipalité de Luxeuil en vue de la création d'une chambre d'industrie thermale dans cette localité.

Stations hydrominérales et climatiques

Par décret : la commune de Bagnères-de-Luchon (Haute Garonne) est érigée en station hydro-minérale et climatique.

Les communes de Luz-Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), d'Aix-en-Provence, (Bouches-du-Rhône), sont érigées en stations hydro-minérales et climatiques et des chambres d'industries thermale sont créées dans ces communes.

La commune d'Hyères (Var) est érigée en station hydro-minérale et climatique et une chambre d'industrie thermale et climatique est créée dans cette commune.

La commune d'Ax-les-Thermes (Ariège) est érigée en station hydro-minérale et une chambre d'industrie thermale est créée dans cette commune ;

La commune de Wimereux (Pas-de-Calais) est érigée en station climatique et une chambre d'industrie climatique est créée dans cette commune.

ÉCHOS

Syndicat médical de Paris.

Le Syndicat médical de Paris ayant pris connaissance des considérants du jugement concernant le cas du docteur Delherm et en particulier de celui portant que : « Le médecin a le devoir absolu d'avertir le client des conséquences et des dangers de l'intervention médicale dont il va être l'objet », proteste énergiquement contre l'affirmation d'un tel principe.

En effet si le médecin était obligé, toutes les fois qu'il va accomplir un acte médical, d'avertir le malade des dangers que présente cet acte, il est certain que devant l'énonciation des dangers possibles le patient ne manquerait pas de se refuser à subir les soins nécessaires.

Il est scientifiquement démontré que l'intervention médicale la plus courante, telle qu'une injection hypodermique, comporte des dangers, qui ne se produisent cependant que dans une proportion infime.

Si donc le médecin était tenu d'adopter cette façon de procéder, les conséquences sociales en seraient graves, les malades effrayés à tort par l'exposé de tous les aléas possibles, en arriveraient parfois à refuser les soins qui, leur sont nécessaires, des vies humaines seraient ainsi sacrifiées et la responsabilité en retomberait tout entière sur ceux qui auraient établi semblable jurisprudence.

Hôpital Necker.

M. le Dr L. Rénon, professeur agrégé, commencera le vendredi 18 avril, à 10 h. 1/2 du matin, amphithéâtre Laënnec, une série de quatre conférences pratiques consécutives, sur le *Pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.*

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant :

Vendredi 18 avril. — Place du pneumothorax artificiel dans la phtisiothérapie. — Valeur théorique et valeur pratique. — Résultats. — Indications et contre indications.

Samedi 19 avril. — Technique opératoire du pneumothorax artificiel avec l'appareil de Küss.

Dimanche 20 avril. — Réalisation pratique du pneumothorax artificiel (première insufflation et insufflations suivantes), salles Henri Huchard et Trousseau, à 9 h. 1/2 du matin.

Lundi 21 avril. — Conduite de la cure. — Contrôle radioscopique et radiographique. — Accidents. — Complications.

Le rétablissement de l'Institut de puériculture.

Le conseil de surveillance de l'Assistance publique, sur l'initiative de M. Paul Strauss, sénateur, vient de donner mission au docteur Barth de faire un rapport sur la question. Le rapport a été présenté au conseil de surveillance. Il conclut au rétablissement de l'institut de puériculture dirigé par le docteur Variot qui va pouvoir ainsi reprendre son enseignement dans les conditions où il le faisait antérieurement.

L'arrêté qui rétablira l'institut de puériculture du docteur Variot créera un autre institut à la Maternité, dans le service du docteur Bonnaire qui fera un cours pour accoucheurs. Il sera, en effet, stipulé que le titre d'institut ne pourra être attribué qu'à des services ayant à la fois un cours de puériculture et une clinique.

L'encombrement dans les Facultés de médecine russes

D'après un document officiel, le niveau de la valeur professionnelle des médecins russes nouvellement promus tend à baisser, depuis quelques années. Les rapports des examinateurs constatent que c'est surtout dans les épreuves cliniques que se manifeste cette décadence, attribuée à la pléthore universitaire et à l'encombrement des services hospitaliers où affluent les auditeurs et auditrices libres.

La protection de la Croix-Rouge

Dans une de ses dernières séances, la Chambre des députés a voté un projet de loi portant application des articles 23, 27 et 28 de la convention internationale signée à Genève le 6 juillet 1906 pour l'amélioration du sort des blessés et malades dans les armées en campagne, et des articles 5, 6 et 21 de la convention internationale signée à la Haye, le 18 octobre 1907, pour l'adaptation à la guerre maritime des principes de la convention de Genève.

Signalons, parmi les articles votés, celui qui protège la Croix-Rouge contre les abus :

« TITRE PREMIER. — ARTICLE PREMIER. — Conformément aux articles 23 et 27 de la convention pour l'amélioration du sort des blessés et malades dans les armées en campagne, signée à Genève, le 6 juillet 1906, *l'emploi, soit de l'emblème de la Croix-Rouge sur fond blanc, soit des mots Croix-Rouge ou Croix-de Genève, est réservé, en tout temps, pour protéger ou désigner le personnel, le matériel et les établissements du service de santé des armées de terre et de mer, ainsi que des sociétés ou associations officiellement autorisées à lui prêter leur concours.*

En conséquence, il est interdit, en tout temps, l'emploi, soit par des particuliers, soit par des sociétés ou associations autres que celles visées au paragraphe précédent, desdits emblèmes ou dénominations, notamment dans un but commercial par le moyen de marques de fabrique ou de commerce ».

Une louable organisation

La ville de Waldenburg (Silésie prussienne) vient de prendre l'initiative d'une fort intéressante organisation. Il s'agit de dortoirs destinés à héberger, la nuit, des enfants au-dessus de dix ans, appartenant à des familles ouvrières qui occupent des logements surpeuplés. En outre, on met à la disposition de ces enfants, deux repas légers, un le soir et un autre le matin.

Le végétarisme en Italie

Un philanthrope italien, le commandeur Ernesto Modigliano, entre autres legs importants, a laissé celui d'un million, dont les arrérages sont destinés à fournir, pendant les mois d'hiver, des repas végétariens aux écoliers pauvres de Florence, Rome, Modene, Milan et Turin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Chimie amusante.

M. Dronne créateur d'expériences de chimie amusante demeurant à Blois, vient de faire paraître un livre des plus intéressants intitulé : *La Chimie amusante sans appareils, a la portée de tous, à l'aide des fleurs et des liqueurs qui peuvent en être extraites.*

Cet ouvrage contient la description d'un très grand nombre d'expériences extrêmement curieuses et très variées qui peuvent au moyen de quelques simples produits connus de tous, d'un usage courant, être exécutées sans aucune difficulté et sans aucun appareil, même par des enfants n'ayant pas la moindre notion en matière de chimie.

Il n'existe pas à notre connaissance d'ouvrage du même genre qui réunisse tous ces avantages à la fois, nous croyons devoir engager très vivement tous ceux de nos lecteurs qui voudraient amuser très agréablement leurs amis à se procurer ce volume. Ce précieux livre sera envoyé franco de port contre mandat poste de 3 fr. 50, adressé à M. Baudoin, rue du Mail, 16, à Blois (Loir-et-Cher), dépositaire de l'ouvrage.

84e Année (Série XIIIe) — No 193 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 9 Avril 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Departements 10 fr.
Union postale...... 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 9 Avril 1913

ÉCHOS

Banquet annuel de l'internat en Médecine.

Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 26 avril, à sept heures et demie, à la galerie des Champs-Élysées, 55, rue de Ponthieu, sous la présidence de M. le docteur Maunonry (de Chartres). Le prix de la souscription est fixé à 20 francs pour les anciens internes et à 12 francs pour les internes en exercice.

Un Danger méconnu.

Il ne semble pas que l'on ait signalé comme cause de propagation des maladies contagieuses ces croix et médailles données comme récompense dans certaines écoles, plus encore chez les petites filles que chez les garçons. Rien de plus à redouter, cependant. Chaque jour ou chaque semaine en effet, croix et médailles changent de titulaires et, comme la plupart des enfants ne se contentent pas de les porter, mais les sucent et les mordillent par habitude, il y a là un moyen sûr et facile de transmettre les infections.

Si certains maîtres trouvent efficace ce mode d'émulation, ils préfèreront n'y pas renoncer ; par ailleurs, il n'est pas inutile de leur en signaler les dangers.

Sur les objets en question, les microbiologistes trouveraient sûrement, comme sur les cartes à jouer et les dominos, assez de germes nocifs pour faire de belles cultures.

Sans astreindre les maîtres et maîtresses à distribuer désormais des médailles stérilisées, dans des étuis inviolés, comme les modernes cure-dents, ne pourrait-on leur demander un nettoyage suffisant, à l'alcool par exemple?

En détruisant les microbes, on ne tuera pas les germes d'émulation.

Le Manteau gris bleuté pour les Médecins militaires

Un manteau gris de fer bleuté est à l'étude au ministère de la Guerre pour les officiers d'infanterie et les médecins. M. Méqnillet, député, vient de demander au ministre de la guerre si dans le cas de l'adoption il ne serait pas possible que la capote en drap de troupe en temps de guerre fut fournie aux officiers subalternes.

Le ministre a fait la réponse suivante :

Le manteau « gris de fer bleuté », actuellement à l'étude remplacerait le manteau noir dit « bleu foncé » actuellement réglementaire, et servirait à la fois pour le temps de paix et pour le temps de guerre. Les officiers devant s'habiller à leurs frais, il n'y a pas à envisager la possibilité de leur délivrer gratuitement un effet réglementaire.

La Santé du Pape

On a de meilleures nouvelles du Saint Père qui a été souffrant d'une affection toute passagère, une bronchite aiguë. Nous avons demandé à un ami du Vatican M. le docteur Dassy de Lignières, des nouvelles de l'*état général* du Pape.

Voici la note qu'il nous a communiquée sur la santé du Pape et contenant les renseignements qu'il avait reçus avant l'affection pulmonaire actuelle.

« On se rappelle l'émoi universel suscité pendant l'été de 1911 par l'annonce d'une grave indisposition du Saint Père.

« Cet émoi n'était pas uniquement ressenti par les fidèles de la chrétienté pour lesquels le Pape constitue la plus haute émanation morale qui puisse exister en ce monde, puisqu'il est sur la terre le représentant de Dieu.

« On constata en outre que partout, même parmi les indifférents, les mécréants, on s'intéressait vivement à la santé du Pontife.

« L'infinie bonté, la touchante simplicité de Pie X ont rallié tous les cœurs. Les libres penseurs disent de lui : « C'est un brave homme, » les catholiques proclament : « C'est un saint. »

« Les nouvelles lancées du Vatican demeurèrent longtemps imprécises et souvent contradictoires. On hésitait à faire connaître la vérité. L'état du Pape était considéré comme extrêmement précaire.

« Grâce à nos relations particulières avec le Vatican, nous fûmes régulièrement et exactement informé des péripéties de la maladie de Sa Sainteté. Il s'agissait d'une crise soudaine d'urémie dont les symptômes, d'abord assez bénins, finirent par s'aggraver brusquement au point d'inspirer les plus sérieuses inquiétudes. A ce moment, l'opinion de la Cour Romaine était unanime : le Pape était terrassé ; la fin était imminente.

« Le Cardinal Merry del Val jugea qu'il était inutile de dissimuler la situation dans l'entourage immédiat du Saint Père et on nous rapporta de quelle façon froidement péremptoire il avait formulé son pronostic.

«On s'étonna que Pie X, qui jusqu'alors n'avait guère souffert que de douleurs rhumatismales, fût ainsi en proie à l'empoisonnement par l'acide urique. On en était d'autant plus surpris qu'on savait que le Saint Père continuait au Vatican les habitudes d'extrême sobriété et frugalité qu'il pratiquait étant archevêque de Venise où le modeste pot-au-feu — dont le bouillon souvent allongé d'eau chaude à l'arrivée inopinée d'un convive — était le grand « extra » permis à l'occasion d'une réception.

«On dut cependant se rendre à l'évidence et alors tout le monde fut convaincu que le Souverain Pontife n'avait plus que quelques jours à vivre.

«Mais, brusquement la scène changea, Pie X s'achemina progressivement vers la santé. Ce fut là véritablement une miraculeuse résurrection dont la gloire revient en premier médecin de S. S., l'éminent docteur Ettore Marchiafava, professeur à l'Université de Rome.

«Nous savions, depuis près de trente ans, que le docteur Marchiafava avait l'habitude d'opérer de semblables miracles. Lors d'un voyage à Rome, une personne, qui nous est très chère, fut frappée par une de ces terribles attaques de typhus, qui là-bas sidèrent si souvent les étrangers. Après une consultation médicale, le cas fut jugé désespéré. Le propriétaire de l'hôtel du Quirinal, où nous étions descendus, se hâta de prendre, suivant la coutume, les dispositions nécessaires pour faire passer nuitamment le cercueil par la fenêtre.

«Quelqu'un pensa à Marchiafava qui vint aussitôt..., et la personne dont je parle est en ce moment à mes côtés pendant que je note ces souvenirs poignants.

«Depuis cette époque lointaine, nous n'avions pas cessé de suivre la rapide ascension de Marchiafava vers la renommée universelle.

«Lorsque Pie X le choisit comme premier médecin, nous eûmes l'intime conviction que la santé du Pape, toujours assez chancelante, non seulement allait se raffermir, mais que les soins éclairés de Marchiafava allaient lui procurer une prolongation d'existence.

«C'est pourquoi, même au milieu des plus accablantes nouvelles de l'année 1911, nous n'avions jamais complètement désespéré.

«Aujourd'hui le Pape est entièrement rétabli. Que dis-je? Son état général est amélioré au point que le docteur Marchiafava « ne voit aucune menace d'une nouvelle attaque ».

«C'est la bonne nouvelle que j'ai la joie d'apporter au monde.»

«Voici, en effet, la lettre que j'ai reçue de l'éminent Professeur :

Très honoré Confrère,

Je vous remercie de votre aimable lettre, étant bien heureux de vous dire que S. S., depuis l'attaque soufferte dans l'été de 1911, se porte bien pour son âge et que jusqu'à présent je ne vois aucune menace d'une nouvelle attaque.

J'ai employé l'Urodonal et je suis convaincu qu'il est un excellent remède antiurique.

Avec mes meilleurs hommages, votre bien dévoué.

Signé : Dr MARCHIAFAVA.

«Ainsi, on le constate, l'Urodonal, vainqueur de l'urémie a merveilleusement agi sur l'auguste Pontife.

«Ce médicament, qui a été consacré par les plus illustres médecins de tous les pays, qui est aujourd'hui entré dans les traités classiques de thérapeutique, cet admirable antiurique a désormais reçu la plus haute et la plus retentissante consécration qu'il lui était possible d'ambitionner.

« Que les infatigables propagandistes de l'Urodonal soient donc chaleureusement félicités et remerciés, puisque c'est grâce à l'Urodonal que notre très aimé et très vénéré Saint Père a encore devant lui de longues années à vivre ».

Dr DASSY DE LIGNIÈRES,
Ancien chef de laboratoire
de la Faculté de Médecine de Paris.

Saturnisme ménager

Nous avons une naturelle tendance à penser que le saturnisme est une maladie réservée aux peintres, aux plombiers et à quelques artisans de même sorte qui manient de façon courante la céruse, le minium ou des produits analogues. Ce faisant, nous sommes trop restrictifs et optimistes. Depuis quelques années on a étudié beaucoup d'autres modes d'intoxication plombique fort différents qui menacent chacun de nous, sous une forme évidemment moins immédiate, mais contre lesquels il est bon néanmoins de se tenir en garde. C'est ainsi que la tuyanterie destinée à la distribution de l'eau peut fort bien, lorsqu'elle est neuve ou inutilisée depuis longtemps et que l'eau est peu minéralisée, amener des désordres de ce genre. Dans certaines circonstances encore l'acide carbonique de l'eau de Seltz peut attaquer au passage la tête des siphons, et, si le métal en est plombifère, produire à la longue le saturnisme.

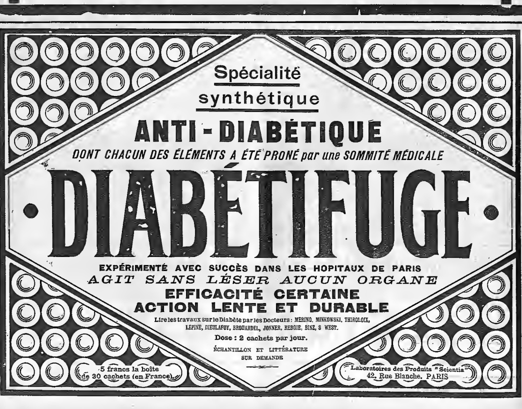
MM. Meillère, Apert et Rouillard viennent de signaler un sérieux danger de même nature qui résulte de la tolérance admise pour la teneur en plomb de l'étain destiné à la fabrication des mesures de capacité et de la poterie spéciale. Cette tolérance est de 10 0/0, alors que, en ce qui concerne l'étamage des ustensiles de cuisine, on n'admet pas une proportion supérieure à 1/2 0/0.

Le résultat de cette erreur d'appréciation est que les ustensiles fabriqués de cette façon sont susceptibles de céder du plomb aux aliments et aux boissons lorsqu'ils se trouvent en contact avec des dissolvants de cette substance, tels que les acides, c'est-à-dire, pratiquement, le vinaigre, les condiments et certains fruits. Nos confrères ont observé un cas où des couverts de cette fabrication ont causé un empoisonnement saturnin très net.

Déjà M. Cruchet avait jadis signalé certains petits industriels coupables qui, dans les campagnes et aux portes des bourgs, sous prétexte de blanchir fourchettes et cuillers de fer et surtout de leur donner une parure d'étain plus saine et plus riche, les « régénèrent » au moyen d'un mélange d'antimoine et de plomb. Il serait éminemment regrettable qu'une tolérance officielle eût, pour les pauvres gens, des résultats aussi dommageables que les manœuvres d'industriels peu scrupuleux.

Un Institut Pasteur à Rabat

Un arrêté résidentiel vient de décider la création à Rabat d'un institut Pasteur et d'un parc vaccinogène. Ce nouveau service, qui dépendra de la direction de l'assistance médicale indigène à la résidence générale, aura pour mission de préparer le vaccin jennérien, d'assurer le traitement de la rage et des diverses maladies infectieuses ou épidémiques. Il procédera, en outre, à toutes les analyses bactériologiques; analyses d'eaux, études de ferments, etc., soit pour les services publics soit pour les industries privées. Son personnel comprendra un médecin directeur, un médecin adjoint, deux infirmiers européens et deux indigènes.


Spécialité
synthétique
ANTI-DIABÉTIQUE
DONT CHACUN DES ÉLÉMENTS A ÉTÉ PRONÉ par une SOMMITÉ MÉDICALE
DIABÉTIFUGE
EXPÉRIMENTÉ AVEC SUCCÈS DANS LES HOPITAUX DE PARIS
AGIT SANS LÉSER AUCUN ORGANE
EFFICACITÉ CERTAINE
ACTION LENTE ET DURABLE
Lire les travaux sur le Diabète par les Docteurs : MERING, MINKOWSKI, THIROLOIX,
LEPINE, DIEULAFOY, BROUARDEL, JONNER, REBGIE, BINZ, S WEST.
Dose : 2 cachets par jour.
ÉCHANTILLON ET LITTÉRATURE
SUR DEMANDE
5 francs la boîte
de 30 cachets (en France).
Laboratoires des Produits "Scientia"
42, Rue Blanche, PARIS

L'Auscultation du Pouls veineux

Par MM. les Drs O. JOSUÉ et Henri GODLEWSKI

On sait que l'examen du pouls veineux fournit des renseignements précis sur les différentes phases de la contraction cardiaque. Cet examen ne pouvait se faire jusqu'à présent qu'à l'aide de la méthode graphique, en enregistrant simultanément le tracé jugulaire et celui de la radiale ou de la pointe du cœur et en repérant les soulèvements dans les deux tracés. La simple inspection du cou fournit bien quelques renseignements : distension plus ou moins grande des veines jugulaires, présence de mouvements de retrait de ces mêmes veines, notions qui, somme toute, sont assez vagues. Mai, pour obtenir quelques précisions, il fallait prendre des tracés.

Malheureusement, la méthode graphique nécessite une instrumentation que l'on n'a pas toujours à sa portée. Il était donc intéressant de trouver un mode d'examen plus facile à mettre en œuvre dans toutes les circonstances.

L'auscultation jugulaire remplit ces conditions. Ce mode d'examen, sans fournir des renseignements aussi exacts et aussi certains que les tracés, donne cependant des notions que l'on n'obtient pas à l'aide des autres procédés d'exploration clinique : l'auscultation des veines jugulaires permet de se rendre compte de la succession des différentes phases de la contraction cardiaque.

Cette auscultation est délicate et doit être pratiquée suivant une technique précise.

Il convient, d'ailleurs, d'ajouter qu'il est impossible, chez certains sujets, d'entendre les bruits jugulaires, même en se mettant dans les meilleures conditions et en appliquant exactement la technique. Cependant, avant de renoncer à percevoir ces signes d'auscultation, il faut déplacer le stéthoscope, ausculter les régions voisines et on arrivera parfois à entendre nettement, alors qu'au premier abord l'examen semblait devoir être négatif.

Technique. — Le malade est couché *sur le dos, à plat, sans oreiller, ni traversin, la tête aussi basse que possible.* On se sert d'un stéthoscope à petit pavillon (de deux centimètres de diamètre environ). On se place à la droite du malade et on ausculte de préférence avec l'oreille gauche. Le point d'application du stéthoscope est à la base du cou, du côté droit, entre les deux chefs sternal et claviculaire du sterno-cléido mastoïdien, le plus près possible de la clavicule. Il faut incliner l'axe du stéthoscope d'environ 45 degrés, de telle façon que le pavillon, appliqué entre les deux tendons du muscle, soit dirigé, non pas perpendiculairement à l'axe du cou, mais obliquement en bas, en arrière et en dedans, vers le médiastin.

Dans certains cas, il est nécessaire de chercher les signes d'auscultation dans des régions voisines du point d'élection. C'est ainsi que l'on entend quelquefois mieux les bruits en arrière du chef claviculaire du sterno-mastoïdien, ou en dirigeant le stéthoscope sous ce muscle, en arrière de la clavicule ; parfois, au contraire, il faut ausculter en dedans du chef sternal presque sur la partie médiane. Toutes ces régions devront être explorées si on ne perçoit pas bien les bruits.

L'oreille appuiera le moins possible sur le stéthoscope ; on s'exercera à graduer la pression du stéthoscope sur les parties sous-jacentes. *Cette pression sera très légère, minime,* dans la plupart des cas. Si l'on appuie trop, on écrase la jugulaire et on n'entend plus la veine, mais l'artère voisine. C'est la partie délicate de la technique.

Cependant on devra exercer une pression un peu plus forte bien que toujours modérée quand le sterno-mastoïdien est contracté et tend les téguments entre ses deux chefs.

De plus, les bruits que l'on perçoit sont en général peu intenses. Un silence absolu est donc indispensable autour de la personne qui ausculte et il faut le plus souvent que le sujet retienne sa respiration.

On aura soin de prendre en même temps le pouls radial, afin de localiser dans le temps les bruits perçus à l'auscultation de la veine jugulaire.

Auscultation du pouls veineux normal. — En se mettant rigoureusement dans ces conditions, on entend trois bruits qui reproduisent exactement le rythme du bruit de galop. C'est-à-dire qu'on distingue deux premiers bruits très rapprochés, puis viennent successivement le petit silence, un deuxième claquement, enfin le grand silence ; puis le cycle recommence. On arrive à situer ces différents bruits et à préciser les moments de la révolution cardiaque auxquels ils correspondent en prenant en même temps le pouls radial. C'est ainsi qu'on se rend compte que le premier des deux bruits rapprochés par lesquels commence la révolution cardiaque se produit avant la pulsation radiale, alors que le bruit qui suit immédiatement le précédent concorde sensiblement avec le pouls radial. Le troisième bruit, celui qui suit le petit silence, est le claquement sigmoïdien propagé, ainsi qu'on peut s'en rendre compte, en auscultant la jugulaire à l'aide de l'oreille gauche, en même temps qu'on ausculte le cœur par l'autre oreille à l'aide d'un stéthoscope à tube de caoutchouc.

Le premier bruit, celui qui précède la pulsation radiale, est en général d'un timbre assez sourd ; il survient avant la contraction ventriculaire ; il se produit pendant la période de la révolution cardiaque qu'on appelle la présystole. Il est dû à la contraction auriculaire ; il correspond au soulèvement *a* du tracé veineux. Le bruit qui le suit aussitôt coïncide avec le pouls radial. Il est la propagation du claquement des valvules auriculo-ventriculaires, il est donc l'homologue du soulèvement *c*. Quant au troisième bruit, celui qui suit le petit silence, il est dû au claquement sigmoïdien propagé. Nous savons que la fermeture des valvules sigmoïdes se produit dans les tracés veineux, un peu avant le sommet du soulèvement *v*, point où commence la diastole générale du cœur. Le moment de l'abaissement des sigmoïdes est parfois marqué dans le tracé jugulaire par une petite encoche que je désigne par la lettre *s*. Notons que la fermeture des sigmoïdes précède d'un temps très court le début de la diastole.

En résumé, l'auscultation veineuse nous fournit, dans la plupart des cas, des indications précieuses. Elle nous permet de percevoir le moment de la contraction auriculaire, celui de la contraction des ventricules, et enfin, à peu près le début de la diastole ; elle fait entendre en quelque sorte les accidents *a*, *c* et le sommet de *v* des tracés jugulaires.

Auscultation jugulaire dans les cas de troubles de la conduction du faisceau de His. — Lorsqu'il y a un trouble de la conduction auriculo-ventriculaire, on constate dans les tracés jugulaires un allongement de l'espace *a c* qui dépasse alors notablement le cinquième de seconde normal, et dans les électrocardiogrammes une augmentation de l'intervalle P R qui dure plus que le temps normal de 0''12 à 0'',18. Dans ces cas, une oreille habituée au rythme jugulaire saisit nettement que les deux premiers bruits sont séparés par un laps de temps plus long qu'à l'état normal. Il est intéressant d'avoir ainsi des renseignements sur le fonctionnement du faisceau de His, sans tracé, par la simple auscultation.

Dans certains cas de dissociation auriculo-ventriculaire, l'oreille perçoit deux sortes de bruits. En premier lieu, on entend les bruits survenant par groupe de deux, analogues à ceux qu'on constate à l'auscultation du cœur: le premier synchrone au pouls radial répond au claquement de la valvule auriculo-ventriculaire, le deuxième survenant après le petit silence est dû au claquement sigmoïdien. En second lieu, on distingue des bruits plus sourds, moins éclatants, ne présentant aucun rapport de succession avec les précédents ; ce sont les bruits auriculaires dont le rythme est nettement distinct de celui des bruits ventriculaires. On se rend compte ainsi que les contractions auriculaires et ventriculaires sont dissociées. Les bruits auriculaires que l'on perçoit à l'auscultation jugulaire sont analogues comme timbre et comme rythme aux bruits sourds dits systoles en écho, que l'on entend en auscultant la région précordiale ; on sait que ces systoles en écho sont dues aux contractions auriculaires.

Auscultation jugulaire dans la bradycardie totale. — Dans les cas de bradycardie totale, les contractions cardiaques sont plus espacées, mais chacune d'elles s'accomplit normalement. L'auscultation jugulaire fait entendre les trois bruits normaux la seule anomalie consiste dans l'allongement du grand silence qui sépare chaque groupe de trois bruits du groupe suivant.

Auscultation jugulaire dans les extrasystoles. — Les extrasystoles se distinguent en général par le timbre plus sec, plus claqué de la contraction prématurée. De plus, on n'entend souvent que deux bruits, le bruit auriculaire faisant défaut. C'est ainsi que nous avons reconnu des extrasystoles chez différents malades, grâce au timbre spécial de bruits résultant des contractions anormales, grâce aussi à leur moment d'apparition et, dans certains cas, à l'absence du bruit auriculaire qui existait nettement à toutes les révolutions normales.

Auscultation jugulaire dans la fibrillation auriculaire. — Dans l'arythmie perpétuelle, mieux dénommée arythmie complète, il n'y a plus de contractions auriculaires ; les oreillettes sont agitées d'une sorte de tremblement fibrillaire continuel et inefficace ; en même temps les incitations contractiles désordonnées venant des oreillettes sont en majeure partie arrêtées au faisceau de His ; quelques-unes seulement de ces incitations passent, mais d'une façon complètement irrégulière, aux ventricules. Il en résulte que les contractions des ventricules et le pouls sont absolument irréguliers.

Dans les tracés jugulaires, on ne trouve pas de soulèvements auriculaires *a*. Dans les électro-cardiogrammes, il n'y a pas de soulèvements P. mais on trouve de rapides ondulations représentant le tremblement fibrillaire des oreillettes.

L'auscultation jugulaire donne des résultats concordants. On n'entend pas, en pareil cas, de bruits auriculaires. On perçoit des groupes de deux claquements séparés l'un de l'autre par le petit silence, le premier bruit coïncidant avec le pouls radial, le deuxième avec le claquement sigmoïdien. Ces bruits sont d'ailleurs irréguliers comme le pouls radial. Mais de bruit attribuable à la contraction auriculaire il n'y a pas trace. De plus le timbre des claquements est sec, plus claqué, parfois presque clangoreux, assez analogue à celui des extrasystoles.

Il arrive dans certains cas que la fibrillation soit intermittente et que de temps en temps reparaissent des contractions auriculaires. Nous avons noté, chez certains malades, la présence de quelques contractions, auriculaires à l'auscultation jugulaire, et les électrocardiogrammes pris peu d'instants après nous ont montré à la fois la réalité de la fibrillation auriculaire et la présence de quelques contractions auriculaires véritables.

Ainsi l'auscultation du pouls veineux donne des renseignements cliniques très importants sur le mécanisme cardiaque. Ce procédé a l'avantage de permettre à tous un examen jusque-là possible seulement avec les méthodes graphiques. Certes, celles-ci demeureront des procédés plus précis et plus scientifiques, mais le médecin à l'oreille exercée peut toujours et partout ausculter les veines jugulaires, tandis qu'il n'a pas toujours à sa disposition les appareils nécessaires pour enregistrer la pulsation veineuse.

Anémie splénomégalique par fragilité globulaire

CHEZ L'ENFANT

Lors de la dernière réunion de l'Association internationale de pédiatrie, M. le Dr Armand-Delille (de Paris), après avoir rappelé qu'en 1909 il avait publié, en collaboration avec le Dr Feuillé, la première observation de ce syndrome, en a noté les caractères distinctifs.

L'anémie splénomégalique présente les caractères suivants : anémie marquée paraissant souvent d'origine congénitale ; splénomégalie, plus ou moins intense, suivant le degré de la fragilité globulaire qui se caractérise par la diminution du taux de l'hémoglobine et du nombre des hématies, nombre pouvant s'abaisser jusqu'à 2 millions de globules seulement par millimètre cube de sang ; enfin, diminution souvent considérable de la résistance globulaire.

D'après M. A. Delille, l'étiologie de cette affection, souvent congénitale, est encore inconnue.

Quant au traitement de cette affection, il est tout naturellement indiqué de recourir à la cure par le globéol et la filudine associés.

Par ses cyto-poïétines, par son hémoglobine, par le fer et le manganèse qu'il renferme à l'état colloïdal, le globéol est en effet un puissant agent de reconstitution globulaire, incomparablement plus actif en l'espèce qu'aucune des préparations ferrugineuses communément prescrites dans toutes anémies.

Quant à la filudine, elle agit efficacement à la fois par la thiarféine, et par les extraits opothérapiques entrant dans sa composition et qui sont des extraits de foie et des extraits de rate, extraits, comme l'on sait, particulièrement riches en fer et de ce chef des plus favorables à la régénération des globules sanguins déficients.

Le Traitement abortif du Panaris

Par M. le Docteur G. JORISSENNE

Dans mon petit mémoire de 1887 sur le traitement abortif de la furonculose (1), j'ai, en quelques pages, offert tous les modes de cure active à l'égard des manifestations multiples du *Staphylococcus pyogenes aureus* et prédit qu'on le trouverait en plusieurs affections dont la cause était encore inconnue. J'y rappelais qu'en 1880, aussitôt que le Mémoire si éminemment utile à la médecine, sur ce microbe importun et universel, sortit de la plume laconique de Pasteur, je découvris le traitement abortif le plus énergique de la furonculose : les injections *in situ dolente* d'acide phénique en solution aqueuse. Quelques années après, j'aurais pu ajouter que Verneuil, reprenant mon idée et adoucissant le procédé, préconisa les pulvérisations au Richardson de solutions plus ou moins fortes ; j'ai utilisé avec succès constant cette méthode qui n'exige en trop qu'une perte de temps et un appareil ; les pulvérisations doivent durer cinq minutes au moins et se répéter d'heure en heure pour être efficaces dans les vingt-quatre heures. Ce traitement est applicable au panaris et j'ignore si Verneuil s'est avisé de le recommander en ce cas ; pour ma part, j'en ai vérifié plusieurs fois la valeur ; généralement, je me suis servi de la solution à 2 0/0.

Toutefois j'ai eu recours au moyen que j'ai trouvé en 1881 et que je préconisais dans l'opuscule de 1887, en presque toutes les manifestations externes de la furonculose, et pour avoir constaté sa parfaite efficacité et pour la raison très pratique qu'il est plus simple, demande moins de temps et n'exige aucun appareil plus ou moins coûteux, comme toute espèce de pulvérisateur. C'est de la pommade au précipité rouge que je parle ; le précipité jaune est plus actif, ainsi que je le disais, mais il se décompose plus vite à la lumière et il est plus irritant ; je ne l'emploierais pas volontiers pour les orge lets des paupières, par exemple, tandis que le précipité rouge (à faible dose) est excellent et prompt.

J'ai détaillé en 1887 tous les excipients convenables ; aujourd'hui, sauf en cas de nécessité, je m'en tiens à la diadermine, vu sa rapidité de pénétration dans les tissus et sa qualité appréciable de ne pas tacher les vêtements.

En ce qui concerne spécialement le panaris, je n'ai qu'une chose à ajouter à ce que j'écrivais il y a 25 ans, c'est que trois onctions suffiront si l'on est au premier jour, onctions de 5 minutes chacune, sans plus, pas violentes et non circonscrites étroitement au point malade, mais un peu plus largement appliquées aux régions voisines. On pourra renforcer la dose ordinaire de la pommade et aller à 1 gr. pour 10 grammes (pommade qu'il faudrait atténuer au 10e pour l'orgelet).

J'ai accéléré notablement la guérison et supprimé immédiatement toute douleur en enveloppant, aussitôt l'onction terminée, le doigt malade d'un sac de gutta-percha rempli de petits fragments de glace.

Tout panaris avorte par ce traitement anodin en moins d'une journée.

Si la lésion est plus ancienne, s'il y a déjà suppuration, la cure peut durer deux jours.

Si l'on ouvre la collection purulente, en raison de son volume considérable, le traitement est encore utile et la guérison se produit en vingt-quatre heures. J'ai enfin réussi à vaincre le mal rapidement, lorsque l'emploi déplorable des cataplasmes chauds, des enveloppements humides ou des onguents maturatifs avait provoqué des désordres profonds et facilité la progression du staphylococcus dans le périoste et les gaines tendineuses.

Dans un article sur l'emploi de la glace, signé Garcia, Martinez (1), dont je trouve un résumé détaillé dans les *Annales de la Policlinique Centrale de Bruxelles*, n° 8, août 1912, il n'est point fait mention du panaris. Cette lacune m'a déterminé à rédiger sans retard la présente note. J'ai vu, dans une carrière déjà longue, tant de victimes des traitements routiniers ou prétendûment actifs que public et médecins se complaisent à appliquer, que je crois de mon devoir aujourd'hui de réparer la lenteur involontaire de ma communication ; tout praticien occupé me comprendra. *Vita brevis*, disait le plus grand de nos illustres prédécesseurs.

(1) Liége, VAILLANT-CARMANNE, éditeur.

Prens. Med. (La Havane) 1911, n° 7, p. 109.

UN DÉCONSTIPANT

Par M. le Docteur SALOMON
de la Faculté de Médecine de Paris

Au nombre des végétaux utiles à l'homme, les algues sont à citer en bonne place. Ce n'est pas qu'elles soient très usitées en Europe où l'on ne s'en sert guère que pour la préparation de l'iode et des alcalis (potasse et sonde), mais, en Océanie, et particulièrement au Japon, elles tiennent une grande place au double point de vue industriel et alimentaire.

Parmi les algues comestibles, il en est qui sont mangées crues, d'autres subissent des préparations variées. A ce propos, nous citerons surtout les colles végétales et particulièrement celle dénommée *agar-agar*. On ne consomme pas ces colles en nature, mais on les emploie à confectionner des gelées et des blancs-manger, souvent fort appréciés.

Autrefois, ce nom d'agar-agar servait à désigner des produits bien différents et ayant des origines diverses. Le plus anciennement connu venait de Ceylan, on l'appelait *mousse de Ceylan*. Aujourd'hui l'agar-agar provient en général du Japon et son aspect est plus uniforme. C'est ce corps que les Allemands haptisent *ichtyocolle végétale* « vegetabilischer Fischleim » ou encore *gélatine du Japon*.

Plusieurs espèces d'algues prennent part à la production de l'agar-agar. Ce sont toutes des Algues rouges, des Floridées, ainsi nommées parce que, par leurs gracieux aspects, leurs vives colorations, elles constituent, à improprement parler du reste, les fleurs de la mer, mais certains *Gelidium*, entre autres *G. corneum* et *G. cartilagineum* en sont la source principale. On les récolte particulièrement de mai à août, à l'aide de filets traînants ou de crochets et même en plongeant. Les algues récoltées sur la grève donnent un produit de qualité inférieure.

C'est par décoction, en faisant bouillir ces plantes avec de l'eau, que l'on prépare l'agar-agar. Celui du Japon nous arrive le plus souvent sous forme de bâtons menus, longs quelquefois de cinquante centimètres, incolores ou jaunâtres. Leur aspect rappelle vaguement celui de tuyaux de plume qui seraient ridés dans le sens longitudinal. On le rencontre aussi sous forme de feuillets jaunâtres plus ou moins enchevêtrés, mais plus rarement.

L'agar-agar doit être rangé parmi les matières gommeuses ; cependant, contrairement à ce qui se passe avec ces dernières, cette substance se gonfle peu à peu dans l'eau froide. L'eau chaude la dissout complètement et la solution à 1 p. 500 se prend par refroidissement en une masse incolore et diaphane. Avec la gélatine animale, il faudrait dix fois plus de produit pour obtenir le même résultat.

Que renferme ce produit ? D'après Holmes, sa composition est la suivante :

Gélose	64.59
Cellulose	3.54
Matières organiques azotées	5.95
Cendres	4.13
Eau	21.79
	100 »

Parmi ces composants remarquons spécialement la gélose, produit que Payen, en 1859, a caractérisé dans une Floridée, le *Gracilaria lichenoïdes*. Au point de vue de sa composition élémentaire, la gélose est un hydrate de carbone dans lequel la propor-

tion de carbone oscille autour de 42.77 0/0. Nous verrons plus loin que ce principe, par son défaut de digestibilité, ne saurait être considéré comme une substance alimentaire.

On utilise l'agar-agar pour bien des usages. Outre celui qu'on en fait comme milieu de culture dans les laboratoires de bactériologie ou, ainsi que nous l'avons déjà dit, pour confectionner des gelées alimentaires, on s'en sert quelquefois en brasserie et à l'effet d'apprêter le papier ou certaines étoffes.

L'agar-agar ingéré n'est pas attaqué par les ferments digestifs, et, par suite, pas digéré; mais se gonflant, retenant aisément l'eau, le seul passage de ce corps dans l'intestin se traduit par une augmentation du poids des fèces. Grâce à cette facile absorption de l'eau dans les résidus de la digestion, les matières ne sont pas dures comme celles que rendent le plus souvent les constipés, propriété qui a amené le professeur Mendel à conseiller d'user de l'agar-agar pour combattre la constipation. Comme on le voit, son rôle est purement mécanique.

Après Mendel, c'est entre autres, le professeur Schmidt qui s'est occupé de l'agar-agar pour régulariser l'évacuation des résidus alimentaires. Pour ce dernier, trois causes dominent la pathogénie de la constipation chronique. C'est d'abord la diminution du résidu intestinal qui peut occasionner une digestion et une absorption trop complètes des aliments. L'intestin est alors insuffisamment distendu et les contractions péristaltiques n'ont pas leur plein effet.

Une deuxième cause peut être recherchée dans la déshydratation exagérée du contenu intestinal. Les matières sont alors sèches et dures. Leur expulsion en est gênée.

Enfin, comme troisième cause importante, Schmidt fait intervenir la diminution des fermentations normales de l'intestin, ce qui arrive quand les organismes microbiens n'irritent plus suffisamment la muqueuse par leurs sécrétions. Il s'ensuivrait un affaiblissement très notable du péristaltisme intestinal.

Le traitement de la constipation consistera donc, le plus souvent, à augmenter le volume des selles et à élever leur teneur en eau. L'agar-agar, par suite de son défaut de digestibilité, de son pouvoir absorbant pour l'eau et de l'augmentation de volume corrélative, répond à ces conditions; aussi son emploi rend-il aux constipés les plus grands services, surtout si l'on y adjoint un stimulant actif du péristaltisme intestinal. Ce stimulant peut être un laxatif tel que la cascara ou la bourdaine ou encore un produit qui relève de la médication opothérapique. Le *Jubol*, comme nous le verrons, dérive de cette dernière donnée.

Le traitement de la constipation par l'agar-agar évite les inconvénients que l'on a attribués dernièrement à l'abus des purgatifs (*Un Danger social : La Purgation*, par le docteur Burlureaux). En France, c'est surtout le distingué Secrétaire Général de la Société de Thérapeutique, le docteur Bardet, qui s'est occupé de cette question. N'a-t-il pas écrit que l'usage journalier des préparations mucilagineuses par les constipés lui paraît actuellement le meilleur moyen de guérir d'abord, de prévenir ensuite la constipation? Manière de voir qui compte aujourd'hui bien des partisans.

Quelle dose d'agar-agar convient-il d'employer pour arriver à un résultat? Elle n'est pas considérable et peut varier entre 5 et 15 grammes. A défaut du jubol, dont l'action est plus complète, on utilise la poudre — sans qu'il soit utile qu'elle soit fine — ou bien l'agar-agar découpé en menus fragments. Quand on a recours aux fragments, on les mélange au potage. Pour la poudre, on peut l'absorber mêlée à des confitures, à du miel ou à des marmelades et cela à l'heure du repas, bien entendu.

Un mot encore sur l'agar-agar employé dans un but thérapeutique. M. Einhorn a pensé à utiliser la propriété qu'il possède d'abandonner lentement par osmose, après absorption de l'eau, les produits, solubles ou solubilisables dans l'intestin, qui lui ont été incorporés, pour le conseiller comme véhicule de médicaments d'une administration difficile. La préparation des médicaments à l'agar-agar est fort simple puisqu'il suffit, d'après l'auteur, d'ajouter l'agent médicamenteux à une solution de ce corps dans l'eau bouillante et d'évaporer de façon à ramener au poids primitif de l'agar employé. On fait ainsi phénolphtaléine-agar, rhubarbe-agar, colombo-agar, etc.

Mais revenons au jubol. Aux facteurs précédents que nous avons indiqués avec Schmidt comme causes de la constipation chronique, on peut ajouter celui qui provient du mauvais fonctionnement du foie. Cette glande a dans l'économie un rôle multiple. Fixatrice des poisons qui lui sont amenés soit par la voie artérielle, soit pas la voie veineuse — par la circulation porte, en particulier, quand ils viennent de l'intestin — elle jouit d'un rôle anti-toxique indéniable. Mais, de plus, elle sécrète la bile et, depuis longtemps, on a remarqué que l'intestin fonctionne mal quand l'apport de bile est insuffisant. Se forme-t-elle en moindre quantité en un foie surmené, malade, de suite, comme l'a fait observer le professeur Potain, l'intestin devient paresseux? C'est alors qu'apparaît la constipation et très souvent aussi la colite muco-membraneuse, cette dernière affection parce que, autre effet de la suppression de la bile, le mucus n'est plus coagulé.

Si nous voulions passer en revue les propriétés de la bile, nous verrions que c'est à son apport dans l'intestin que l'on doit attribuer l'abondance de la sécrétion pancréatique et l'émulsion des graisses, puis l'arrêt des putréfactions intestinales; mais nous insisterons surtout sur ce fait que son injection y provoque un énergique péristaltisme. La bile est donc excito-motrice de l'intestin : la durée de l'évacuation des résidus alimentaires est allongée par son absence, d'où stase fécale et constipation consécutive. De plus la bile, nous l'avons mentionné ci-dessus, est anticoagulante vis-à-vis du mucus intestinal. Les travaux du professeur H. Roger, puis ceux des docteurs H. Nepper et A. Riva ne laissent à cet égard subsister aucun doute. Manque-t-elle? le mucus se coagule, grâce à un ferment spécial, la mucinase, que sécrète l'intestin et l'entérocolite à fausses membranes succède. Au contraire, afflue-t-elle dans le tube intestinal, la coagulation est empêchée, les fausses membranes cessent de se produire et la colite mucino-membraneuse (expression plus exacte que celle de muco-membraneuse) disparaît. Tous ces phénomènes sont aujourd'hui parfaitement connus. La bile est un agent indispensable au fonctionnement normal de l'intestin et sa place est tout indiquée dans un médicament destiné à l'assurer. Tel le jubol qui combat la constipation, non seulement par l'agar-agar, mais encore grâce à l'extrait biliaire qui entre dans sa composition. A noter aussi qu'il prévient la colite muco-membraneuse. Nous en avons plus haut donné la raison.

Il ne faudrait pas croire que l'extrait biliaire, ingéré avec le jubol agisse directement en tant que bile et remplace la bile fraîche. Il n'en est rien ou du moins il paraît n'en être rien. L'extrait biliaire, celui de fiel de bœuf par exemple, agit tout simplement en favorisant la sécrétion et l'écoulement de la bile, c'est un cholagogue et peut-être le plus actif parmi ceux que l'on connaît.

Et ce n'est pas tout, car l'opothérapie occupe une place plus grande dans la composition du jubol. Qu'y a-t-on fait entrer encore? Mais des extraits entériques puisqu'il faut lutter contre l'insuffisance intestinale si fréquente chez les constipés. Leurs digestions, toujours laborieuses, sont ainsi facilitées, en attendant que, peu à peu la constipation cessant, elles redeviennent normales.

En fin de compte, le produit désigné sous le nom de jubol constitue un ensemble fort bien combiné d'agents actifs dans la thérapeutique intestinale. Avec lui, on lutte efficacement contre la constipation chronique, on rééduque l'intestin, on améliore la digestion et de plus on prévient le développement de l'entérocolite. Voilà certes un beau bilan et de quoi fixer l'attention des médecins et des malades sur un médicament qui, depuis plusieurs années déjà, a fourni les preuves d'une réelle efficacité.

Les Réactions intestinales dans les Maladies infectieuses

Par M. le Docteur H. TRIBOULET

Médecin de l'Hôpital Trousseau

Dans les maladies infectieuses, ce n'est pas par simple coïncidence *fortuite* que les sujets ont ou n'ont pas de *réactions intestinales*.

L'existence de la constipation ou l'apparition de la diarrhée relèvent d'influences qu'il importe de préciser.

Pour deux infections de fréquence extrême, la pneumococcie et la rougeole, je puis dire :

La pneumonie *normale* ne comporte pas de manifestations diarrhéiques; la diarrhée peut cependant apparaître au début avec des allures d'épiphénomène, comme à la fin, à titre de phénomène critique.

La persistance d'une diarrhée, après la phase pneumonique, doit faire soupçonner une durée insolite de la septicémie et faire craindre des complications. Si celles-ci peuvent parfois apparaître inopinément, il n'est pas moins certain que la diarrhée, sans autres motifs (aliments, purgation), annonce dans bien des cas, soit la pleurésie purulente, soit la péritonite à pneumocoque, soit, avec une fréquence vraiment notable, l'otite. La diarrhée est l'indice d'une infection intense, donc durable.

On peut se demander s'il s'agit alors d'une *virulence* exceptionnelle du germe ou d'une déchéance organique. Celle-ci ne paraît pas douteuse pour les faits de pneumocoque secondaire

La rougeole NORMALE n'a pas d'histoire intestinale clinique. Chez un nourrisson sevré, chez un petit enfant au régime mixte ordinaire, les selles normales sont alcalines. La présence d'une diarrhée neutre, ou surtout ACIDE, *au début* d'une rougeole, implique généralement l'idée d'une infection à pneumocoque concomitante, avec la haute gravité que comporte une telle association infectieuse. Si, en effet, il ne s'agit pas forcément, pour le pneumocoque, d'une exaltation de virulence difficile à prouver, il n'est pas douteux que la rougeole, affection *anergisante*, ne confère au pneumocoque, peut-être grâce au catarrhe bilio-duodénal spécifique, une intensité extrême pour l'infection secondaire.

A NOS COLLABORATEURS

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la *Gazette Médicale de Paris*, sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs, mettra, désormais à leur disposition un tirage à part à 50 exemplaires, de leurs articles inédits qu'elle aura publiés.

Petite Enquête chirurgicale

Un singulier différend vient de survenir entre un chirurgien bulgare et un blessé de l'armée des alliés balkaniques, à propos d'une balle dont l'un et l'autre se disputaient la propriété.

La balle, une balle turque, le blessé l'avait reçue et le chirurgien l'avait ensuite extraite.

Chacun voulait la garder à titre de souvenir :

En bonne équité, à qui doit-elle être attribuée?

La question n'ayant point jusqu'ici reçu sa solution, la Gazette Médicale de Paris *a pensé que ses lecteurs pourraient fort bien s'y intéresser et elle leur demande donc leur avis motivé en vue de trancher ce curieux petit point de droit.*

Pour s'exercer sur une matière peut-être un peu menue, ce referendum particulier ne laissera pas fort vraisemblablement de présenter un réel intérêt. Aussi, ne doutons-nous pas de recevoir plusieurs réponses dont la publication permettra à chacun, en pesant les arguments contraires de se forger une définitive opinion.

Nous avons soumis l'épreuve de cette enquête à quelques amis de la Gazette. Un certain nombre de réponses nous sont déjà parvenues.

Nous en commençons aujourd'hui la curieuse publication et nous recevrons avec plaisir les réponses courtes et précises que voudront bien nous envoyer nos lecteurs.

I

M. le Dr Just Lucas-Championnière, membre de l'Institut (Académie des Sciences), membre de l'Académie de Médecine et chirurgien honoraire des hôpitaux, nous a adressé la lettre suivante :

« Mon cher Collègue,

«La question que vous me posez ne peut surprendre que les médecins, heureusement pour eux, trop jeunes pour avoir vu la guerre de 1870. Au cours de cette guerre comme au cours de toutes les autres, tous les sujets chez lesquels j'ai enlevé des corps étrangers les ont réclamés avec insistance. Quelques-uns l'ont fait pour me les offrir plus tard. Mais tous ont affirmé leurs droits à la possession.

«Dureste, je dois vous dire que dans ma longue carrière de chirurgien, j'ai retrouvé le même sentiment chez tous les blessés que j'ai délivré de corps étrangers. Il semble que l'opéré ait bien le droit de conserver le corps étranger ou l'organe inutile sur lequel l'opération a été faite.

«Lorsque les Kabyles trépanent les indigènes de l'Aurès ceux-ci réclament toujours la rondelle qui a été enlevée. Le thoubib ne garde la rondelle que lorsqu'il n'a pas été payé et la restitue à son propriétaire lorsqu'il a réglé ses honoraires. Cette jurisprude ce qui remonte peut-être à l'âge de pierre, me paraît applicable aux corps étrangers sortis des engins les plus modernes.

«Veuillez agréer l'assurance de mes sentiments distingués. »

« Dr Just Lucas-Championnière. »

II

M. le Dr Rochard, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, secrétaire général de la Société de chirurgie, nous a fait parvenir la consultation suivante :

« Mon cher confrère,

«Je m'empresse de répondre à la question que vous me posez.

«J'ai toujours considéré que les corps étrangers appartenaient aux malades qui les portaient et quand je les ai gardés, je le leur ai toujours demandé.

«Dernièrement j'ai enlevé une cuiller de l'estomac d'un malade, il a voulu la garder, je la lui ai donnée et il m'en a apporté une semblable.

«Un blessé arrive avec une balle dans le corps, c'est un triste cadeau qu'on lui a fait, mais cela fait partie de lui-même, partie même plus intégrale qu'une pièce de cent sous qu'il aurait dans sa poche et il me semble qu'on ne peut pas lui prendre sa pièce de 5 francs.

« Bien à vous,

« Rochard. »

III

M. le Dr Tuffier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Beaujon, nous écrit le billet suivant dont le laconisme n'exclue pas la précision :

« Il (le projectile) est la propriété du malade qui, par reconnaissance, doit l'offrir au chirurgien.

« Tuffier. »

IV

M. Albert Mouchet, chirurgien des hôpitaux de Paris, exprime une opinion assez conforme à celle du Dr Tuffier.

« A Monsieur l'Administrateur de la *Gazette Médicale de Paris*,

« Monsieur,

«A la question que vous avez posée, la réponse ne me paraît pas douteuse. *Le projectile appartient au blessé.*

« Il est assez fâcheux pour lui qu'il l'ait reçu; c'est bien le moins qu'on lui en fasse cadeau quand on l'a extrait.

« Si le chirurgien désire garder le projectile, il doit en demander l'autorisation au blessé ; dans un grand nombre de cas, il obtiendra ce consentement d'un opéré, tout heureux d'être débarrassé de son projectile, et tout plein encore d'une reconnaissance qui disparaît plus tard avec la guérison.

« Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

« Dr Albert Mouchet. »

V

M. le Professeur Montprofit (d'Angers), retour du théâtre de la guerre, nous adresse son opinion motivée, opinion inspirée sans aucun doute de la sagesse du feu roi Salomon :

« Mon cher Confrère,

« Il est une manière bien simple de trancher ce curieux différend :

«Rien de plus facile que de scier en deux... et en long, l'objet en litige !

«Une moitié au blessé en souvenir du mal qu'il a éprouvé ;

«Une moitié au chirurgien en souvenir du service qu'il a rendu !

«Et à tous les deux, comme à vous, l'expression de mes sentiments les meilleurs... et les plus sympathiquement balkaniques !

« Monprofit. »

VI

Notre distingué collaborateur, M. le Dr Sénéchal, chirurgien assistant de la maison départementale de Nanterre, nous fait parvenir une consultation motivée sur laquelle nous ne saurions trop attirer l'attention.

«Votre enquête a le mérite d'être tout au moins amusante si elle n'est pas d'un intérêt vital pour le corps chirurgical moderne. Elle invite à la réflexion par le champ vaste qu'elle ouvre par analogie avec la conservation des organes enlevés chirurgicalement.

«Ceux-ci sont-ils ou ne sont-ils pas également la propriété du chirurgien qui a procédé à leur ablation?

«Quelle que soit la matière en cause, plusieurs points de vue permettent d'envisager la question.

«En droit : Dans l'armée française, il est interdit aux hommes de troupe aussi bien qu'aux civils, de ramasser sur les champs de tir les projectiles utilisés dans les armes de guerre. Le but poursuivi est de récupérer en partie, dans la valeur pondérale du métal, le prix de revient du projectile.

«En tout état de cause sont passibles de poursuites correctionnelles tous individus ramassant les projectiles, si ce sont des civils; de peines disciplinaires, les militaires qui se livreraient à la même occupation. Le blessé qui réclame le projectile comme sa propriété ne se met-il pas sous la férule de la loi? La Turquie ne serait-elle pas en droit de revendiquer le projectile actuellement en litige?

«D'autre part : En fait d'objet mobilier possession vaut titre. Si bien que tout d'abord le blessé porteur du projectile en est légitimement propriétaire. Mais du fait qu'il s'est bénévolement prêté à un acte chirurgical, le patient perd-il sa propriété puisqu'il l'a remise entre les mains du chirurgien qui *ipso facto* en est à son tour propriétaire non moins légitime.

«Le blessé peut-il arguer un prêt, une mission, un dépôt? Que n'a-t-il alors fait signer au chirurgien une reconnaissance éventuelle de dette pour le cas où le projectile serait extrait?

«Tout plaisant que soit cet exposé je serais bien curieux de voir le différend tranché par un tribunal.

«En fait et en traitant par analogie la question des projectiles avec celles des pièces anatomiques, peut-être par solidarité instinctive, mais plutôt je pense dans un état d'esprit beaucoup plus indépendant, j'inclinerais volontiers à me ranger aux côtés du confrère bulgare et quel que soit le prix moral que le blessé puisse attacher au souvenir des circonstances dans lesquelles le projectile a été absorbé par sa propre substance, je crois que l'intérêt que le chirurgien apportera à la conservation de celui-ci sera autrement profitable à son enseignement personnel ainsi qu'à celui de ses confrères ou de ses élèves éventuels. Car je ne pense pas qu'il soit simplement collectionneur auquel cas il ne m'intéresserait plus du tout. C'est à ce point de vue plus élevé il me semble et je que rapprocherai volontiers la conservation du projectile de la conservation des pièces anatomiques : intérêt d'étude et de recherches.

« S'il est volontiers entré dans la pratique chirurgicale de remettre aux opérés leurs appendices coquettement présentés dans de jolis petits tubes à leur sortie des maisons de santé, il n'est pas encore d'usage de leur remettre des ovaires kystiques, de volumineux fibromes, on de petits fœtus obtenus au cours d'extractions de grossesses ectopiques.

« Mais ceci m'a toujours paru être une offre gracieuse, justifiée par le désir d'être agréable au malade sans que celui-ci en acquière un droit formel en la matière.

«Je m'excuse de la digression qui m'a seulement facilité l'exposé de ma manière de voir.

«Je conserve pour ma part plusieurs projectiles (balles de révolver) extraits au cours d'interventions chirurgicales. Jamais aucun des blessés ne m'en a disputé la propriété, quoiqu'ils soient toujours bien vivants. Je n'ai jamais éprouvé le moindre scrupule de conscience en les gardant.

Dr Marcel Sénéchal.
Chirurgien assistant
de la Maison Départementale de Nanterre.

UNE INTÉRESSANTE ORGANISATION

C'est l'Allemagne qui en a donné l'exemple. Elle consiste à utiliser les facteurs ruraux (des postes) pour la prompte exécution des ordonnances délivrées par les médecins, à la campagne, dans les localités où il n'existe pas de pharmacie. Les ordonnances sont déposées dans la boîte aux lettres. En faisant sa levée, le facteur en prend possession et les remet à la pharmacie la plus proche. Il est autorisé à transporter à domicile, contre rémunération, les médicaments délivrés quand l'ordonnance porte la mention *urgent*. L'administration allemande projette d'englober dans cette organisation les bureaux de poste et les boîtes aux lettres des gares de chemins de fer.

REVUE CLINIQUE

Une fièvre typhoïde antérieure n'immunise pas contre la fièvre paratyphoïde et réciproquement

Par M. L. ROUSSEL
Médecin-Major de première classe
Chargé du Laboratoire de Bactériologie de l'hôpital du Dey.

Le zouave B..., Eugène, entre à l'hôpital du Dey, le 2 janvier 1911, dans le service de M. le médecin principal Jarry, pour une affection qui, cliniquement et bactériologiquement, est considérée comme une fièvre typhoïde. La période fébrile se maintient jusqu'aux premiers jours de février.

Le séro-diagnostic, pratiqué par notre prédécesseur au Laboratoire, M. Morvan, est négatif, mais positif avec le bacille d'Eberth, le 14 janvier. Le 23 février, B... quitte l'hôpital guéri pour partir en convalescence et reprend son service au 1er zouaves. Le 27 décembre 1911, il rentre à l'hôpital du Dey avec de la fièvre et des symptômes rappelant ceux du début de la dothiénentérie. Une hémoculture, pratiquée par nous ce même jour, permit d'isoler un bacille présentant les caractères du bacille paratyphique B : caméléonage du lait tournesolé, culture épaisse sur gélose et sur pomme de terre. Le milieu de Rothberger est viré et éclaté. Le milieu de Barsiekow à l'arabinose et à la dulcite est viré. Cliniquement, l'affection fut bénigne.

Dès le 8 janvier, la fièvre tombe. Elle reparaît pendant quelques jours du 18 au 25 janvier. Puis la convalescence s'établit définitive. Le diagnostic n'était pas douteux. Il s'agissait d'une fièvre paratyphoïde B, chez un homme ayant eu la fièvre typhoïde, moins d'un an auparavant.

Voici maintenant le fait inverse : Le zouave G..., Louis, entre à l'hôpital le 26 décembre 1911, dans le service de M. le médecin principal Lebon. Une hémoculture pratiquée par nous, permet d'isoler un bacille présentant les caractères du bacille paratyphique B. Après une période fébrile de vingt jours le malade entre en convalescence.

Le 1er septembre 1912, il rentre à l'hôpital. La température, élevée pendant quatre jours, retombe à la normale, et s'y maintient jusqu'au 16 septembre. A ce moment, nouvelle ascension thermique. Une hémoculture est pratiquée le 22 septembre, par notre camarade, le médecin-major Hornus qui assurait en notre absence le service du laboratoire. Le germe isolé est cette fois le bacille d'Eberth typique. La fièvre typhoïde de G... évolue normalement, sans complications autres qu'une légère albuminurie, fièvre typhoïde bénigne en somme puisque le 30 septembre, la température retombe définitivement à la normale.

G... a donc eu successivement une fièvre paratyphoïde B, en décembre 1911 et une fièvre typhoïde en septembre 1912.

Autre fait : Le zouave L..., reçoit les cinq injections de vaccin bacillaire du professeur Vincent du 18 avril au 17 mai 1912. Le 4 juin, il entre à l'hôpital du Dey dans le service de M. le médecin principal Lebon pour courbature fébrile. La température oscille entre 39 et 40°. Le 8 juin, nous pratiquons chez lui une hémoculture en bouillon et en bile. Les deux sont positives et le germe isolé présente les caractères du bacille paratyphique A. Sur gélose inclinée la culture est moins épaisse que celle du bacille paratyphique B, peut-être un peu plus épaisse que celle du bacille d'Eberth. Le lait tournesolé présente une légère acidification permanente. Pas de caméléonage. Sur pomme de terre, on note une traînée à peine visible, comme celle produite par le bacille d'Eberth. L'artichaut n'est pas verdi. Le milieu de Rothberger est éclaté au bout de vingt-quatre heures, mais non viré. Le milieu de Barsiekow à l'arabinose est viré. Enfin, le bacille isolé n'est pas agglutiné par le sérum de convalescents de fièvre typhoïde ou de fièvre paratyphoïde B, mais est nettement agglutiné par le sérum d'un malade atteint de fièvre paratyphoïde A. En somme, L..., vacciné contre la fièvre typhoïde en avril-mai 1912, présente, en juin 1912 une fièvre paratyphoïde A, fièvre peu grave du reste.

Rien de surprenant à la constatation de cette fièvre chez un vacciné. Le vaccin antityphique inoculé au malade est hors de cause, car M. le professeur Vincent, ainsi qu'il nous l'écrivit lui-même, a dû écarter dans sa préparation, le bacille paratyphique A. En effet, l'adjonction de ce bacille, même en faible proportion, rendait le vaccin très douloureux. Le vaccin qui nous est fourni actuellement par le Val-de-Grâce est exclusivement antityphique. Les antigènes paratyphiques A et B en ont été exclus, au moins provisoirement. Les vaccins antiparatyphiques ne sont envoyés que sur demande spéciale, car ils peuvent éveiller de la fièvre et des douleurs locales. Le vaccin actuel est polyvalent, mais non mixte.

Autre fait à rapprocher du précédent. Le zouave L..., Albert, reçoit, à Fort-National, 5 injections de typho-vaccin du professeur Vincent aux dates suivantes : 17 juin, 25 juin, 25 juillet, 9 juillet, 17 juillet 1912. Le 16 octobre dernier, il entre à l'hôpital du Dey pour embarras gastrique fébrile. La température est élevée : 39° environ.

Les symptômes subjectifs sont très peu accentués. Le malade s'étonne d'avoir autant de fièvre. Une hémoculture en bile est négative le 17 octobre. Négatives aussi sont : la recherche des hématozoaires, le 16 et le 17 octobre ; le séro-diagnostic avec le Micrococcus melitensis, le 21 octobre. Négative une deuxième hémoculture pratiquée le 21 octobre. Le séro-diagnostic, aux dates du 22 octobre, du 28 octobre, du 18 novembre est négatif avec le bacille paratyphique B de Schottmüller, fortement positif avec le bacille d'Eberth, comme il convient chez un vacciné, positif avec le bacille paratyphique A de Brion-Kayter. La température baisse en lysis jusqu'au 30 octobre et se maintient à la normale jusqu'au 11 novembre. A cette date, nouvelle ascension thermique brusque, jusqu'à 40°1, en relation probablement avec la reprise de l'alimentation. La recherche des hématozoaires est encore négative, mais une troisième hémoculture pratiquée le 13 novembre est positive. Le bacille isolé est un bacille mobile, moins mobile cependant que le bacille d'Eberth, bacille ne prenant pas le Gram, donnant des ondes moirées en bouillon simple, ne produisant pas de gaz en bouillon lactosé carbonaté. Sur gélose inclinée, la culture est épaisse, comme celle des bacilles paratyphiques. De même, l'ensemencement sur pomme de terre donne un enduit d'autant plus manifeste qu'au bout de deux ou trois jours, il prend une teinte légèrement jaune brunâtre. Le lait tournesolé n'est pas coagulé mais présente un légère acidification permanente, sans caméléonage. Les milieux de Barsiekow au glucose, au lévulose, au galactose, au maltose, à la mannite sont virés. Par contre, le bacille ne fait fermenter ni le lactose, ni le saccharose, ni l'arabinose, ni la dulcite. Le milieu de Rothberger, gélose glucosée au rouge neutre, n'est pas modifié. Par ces caractères, ce bacille se rapproche donc à la fois du bacille d'Eberth et des paratyphiques, du bacille d'Eberth, par ses propriétés fermentatives sur les divers sucres, des paratyphiques par l'aspect de la culture sur pomme de terre et sur gélose. Il est nettement agglutiné à 1/60 par le sérum du malade, mais n'est agglutiné ni par le sérum de typhiques, ni par le sérum de vaccinés. Si l'on ajoute à cela que le sérum du malade agglutine le bacille paratyphique A à 1/60, agglutination que nous avons toujours trouvée négative avec le sérum des nombreux vaccinés chez qui nous avons pratiqué cette recherche, il semble légitime d'en conclure que nous nous trouvons en présence d'un bacille voisin du bacille paratyphique A de Brion Kayter, mais non assimilable à ce bacille, pas plus d'ailleurs qu'au bacille d'Eberth, ou au bacille paratyphique B, de Schottmüller. C'est un bacille intermédiaire, à rapprocher de ceux décrits par Lafforgue (1), par Faroy (2), par Glatard et Marotte (3), par Babès et Feodorasco (4), par Raynaud et Nègre (5).

Les conclusions à tirer des observations précédentes sont les suivantes :

1° La fièvre typhoïde n'immunise pas contre le paratyphus et réciproquement. Nos observations rappellent celles de Lévy et Gäthgens, qui ont vu un convalescent de fièvre paratyphoïde *B* prendre une fièvre typhoïde au contact des thyphoïdiques. D'autre part, Kutscher et Meinicke ont montré expérimentalement que l'injection à l'animal du bacille typhique n'immunise pas contre le paratyphus *B* et réciproquement. De même, nous venons de voir que les injections du typhovaccin ne prémunissent en rien contre le paratyphus. Fait important, car, sans des recherches bactériologiques précises, on pourrait méconnaître la nature exacte de ces infections paratyphoïdes observées chez des vaccinés et concevoir quelques doutes sur l'efficacité d'une méthode qui, jusqu'ici, n'a pas cu de défaillances.

2° La pratique des hémocultures doit se généraliser. C'est grâce aux hémocultures faites systématiquement et dès le début de la maladie qu'on établira d'une façon ferme le diagnostic de ces infections désignées sous le nom de fièvre muqueuse, embarras gastrique fébrile, typhoïdette, etc., et il importe de faire ce diagnostic, même à un point de vue purement pratique. Car toute personne atteinte de fièvre paratyphoïde, fièvre que la clinique ne permet guère de distinguer d'une fièvre typhoïde bénigne, ne doit pas se laisser illusionner par une fausse sécurité. Elle n'est pas à l'abri d'une dothiénentérie ultérieure et doit se soumettre sans hésitation à la vaccination antityphique (6).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la Chorée

Par M. le Docteur J. COMBY
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Pour administrer l'arsenic avec succès, il faut s'inspirer des règles établies il y a longtemps déjà par Aran, puis par son élève François Siredey, dont j'ai eu l'honneur d'être interne en 1881. Ces auteurs employaient la liqueur de Boudin, solution d'acide arsénieux à 1 p. 1.000.

Ils la prescrivaient à haute dose, jusqu'à 25, 30, 35 grammes par jour. Mais, fait important, ils n'en prolongeaient jamais l'administration. En agissant ainsi, ils s'exposaient à des accidents d'intolérance, mais ils évitaient l'accumulation. En donnant des doses d'arsenic, même minimes, pendant des semaines et des mois, on court plus de risques qu'en donnant de fortes doses pendant un petit nombre de jours.

J'ai adopté cette méthode et je l'ai appliquée à des centaines de choréiques depuis près de trente ans.

Sur plus de 300 cas ainsi traités, je n'ai eu à déplorer qu'un seul cas de polynévrite arsenicale, qui a d'ailleurs guéri, chez une fillette de 7 ans. Dans ce cas, que je me suis empressé de

(1) Presse médicale 1908, page 611.
(2) Société de Biologie, 27 juin 1908.
(3) Société médicale des Hôpitaux 1909, pages 152-161.
(4) Société de Biologie, 21 mai 1909.
(5) Société de Biologie, 30 mars 1912.
(6) Société de Médecine d'Alger.

publier, la dose maxima de liqueur de Boudin avait été portée à 35 grammes pour une journée (soit 35 milligrammes d'acide arsénieux).

La chorée avait été jugulée, mais l'enfant était revenue quarante jours après avec une paralysie arsenicale.

Depuis cet accident, qui remonte à près de vingt ans (hôpital Trousseau), je n'ai observé que des accidents légers d'intolérance : vomissements, embarras gastrique, etc.

Il est vrai que j'ai abaissé un peu les doses, commençant par 5 grammes de liqueur de Boudin, augmentant de 5 grammes par jour jusqu'à 25 grammes et redescendant ensuite à 5 grammes, le traitement ne durant pas plus de neuf jours.

Voici comment j'ai l'habitude de formuler le traitement des choréiques :

1° Repos au lit pendant quinze jours, avec isolement relatif ; pas de jeu avec d'autres enfants, pas de travail intellectuel ;

2° Régime lacté absolu, une tasse de lait de 200 grammes chaque deux heures. Ce régime favorise la tolérance de l'arsenic. Il sera remplacé par le régime lacto-végétarien quand l'enfant ne prendra plus d'arsenic, soit à partir du dixième jour ;

3° Prendre par cuillerées à soupe, de deux heures en deux heures, avant chaque tasse de lait, la potion suivante :

Liqueur de Boudin.... 5 grammes.
Julep gommeux...... 120 —

Faire tous les jours une nouvelle potion contenant, par 120 grammes de julep gommeux, 10 grammes, 15 grammes, 20 grammes, 25 grammes, 20 grammes, 15 grammes, 10 grammes, 5 grammes de liqueur de Boudin. Le traitement arsenical aura ainsi duré neuf jours ;

4° Si, au cours du traitement, il survient des vomissements, suspendre la médication pendant une demi-journée ou une journée. Si les vomissements se renouvellent, arrêter le traitement arsenical. En agissant ainsi, on évite toute possibilité d'accidents sérieux.

La dose indiquée plus haut s'applique aux enfants déjà grands, ayant dépassé 7 ans. Pour les enfants plus jeunes, je commence par 3 grammes de liqueur de Boudin le premier jour, puis 6, 9, 12, 15, 12, 9, 6, 3 les jours suivants.

S'il s'agit d'enfants de moins de 5 ans, je commence par 2 grammes, etc.

En général, le remède est bien supporté et les effets en sont très rapides. Au bout d'une semaine les mouvements ont cessé et en quinze jours la chorée est guérie.

Sur 175 enfants (11 garçons seulement) traités à l'hôpital de 1906 à 1912 inclusivement, 135 ont pris l'arsenic, 40 ont été traités par d'autres moyens, les symptômes étant trop légers pour justifier une thérapeutique énergique. La moyenne de séjour à l'hôpital pour les malades traités par la liqueur de Boudin a été inférieure à vingt-huit jours, ce qui est un résultat au moins aussi bon que celui de M. P. Marie.

Le nombre des cas que j'ai traités dans les hôpitaux d'enfants (Trousseau, Enfants-Malades) depuis 1894, s'élève à 545, dont 86 garçons et 459 filles.

Relativement à l'âge, je compte 3 cas à 3 ans, 4 cas à 4 ans, 36 cas entre 4 et 6 ans, 187 cas de 6 à 10 ans, 315 cas de 10 à 15 ans.

Depuis quelques années, j'ai soumis la plupart des choréiques, d'abord à l'oculo-réaction à la tuberculine, puis à la cuti-réaction. Sur 111 malades qui ont subi cette épreuve, j'ai relevé 35 résultats négatifs et 76 résultats positifs, soit une proportion de tuberculeux qui excède 68 p. 100. Est-ce à dire que la tuberculose joue un rôle dans l'étiologie de la chorée? Je n'ai garde de le soutenir. Car, dans la seconde enfance, la cuti-réaction à la tuberculine faite systématiquement donne presque toujours les mêmes résultats pour la clientèle des hôpitaux d'enfants de Paris. Quant à la syphilis, je ne la trouve pas signalée dans mes observations, il est vrai que je ne l'ai pas recherchée.

Mais mon intention n'est pas, pour le moment, d'étudier l'étiologie de la chorée, je voulais simplement mettre en relief l'efficacité du traitement arsenical intensif, donné suivant certaines règles que j'ai formulées plus haut.

Une dernière remarque. Avant de prescrire la liqueur de Boudin, il faut s'assurer de l'intégrité des reins. S'il y a de l'albuminurie, on s'abstiendra. Bien plus, par les temps très chauds, entraînant une abondante transpiration, diminuant l'excrétion urinaire, on ne donnera pas l'arsenic qui serait mal toléré, comme d'ailleurs l'antipyrine ou tout autre médicament actif. En pareil cas, on prescrira l'hydrothérapie, le drap mouillé notamment, qui calme souvent l'excitation des choréiques (1).

(1) Soc. médic. des hôpitaux.

Les Injections sous-cutanées d'Oxygène

Au cours de sa sixième ascension au Mont-Blanc, *M. Bayeux*, en 1910, avait essayé de suroxygéner des animaux pour voir si les modifications habituelles du sang subissaient des variations par ce moyen. Les appareils ordinaires n'ayant pas donné de résultats satisfaisants, par suite de leurs défauts, l'auteur fit construire un oxygénateur de précision qui lui a permis de pouvoir injecter l'oxygène dans le sang, aussi bien chez les animaux que sur l'homme.

Les injections sous-cutanées d'oxygène ont déjà servi à M. Ramond pour traiter les asphyxies dans les cas aigus, mais M. Bayeux estime que cette méthode peut trouver sa plus grande application dans les cas chroniques de longue durée, nécessitant une longue régénération du sang, par exemple dans la tuberculose.

Dans cette maladie, M. Bayeux a montré que l'oxygénation par la voie hypodermique est susceptible de donner de beaux résultats et il a traité ainsi de nombreux malades depuis deux ans.

Pour pouvoir injecter à de multiples reprises, il fallait un appareil précis et régulier, tel que celui qu'il a réalisé.

Cet appareil se compose d'un poly-détendeur, renfermé dans une boîte peu volumineuse, et d'un petit récipient contenant 15 litres de gaz, pouvant se porter dans la poche ; un médecin peut ainsi emporter avec lui la quantité suffisante pour faire 20 injections consécutives.

Le maniement de cet appareil est des plus simples.

Dans les cas aigus d'asphyxie, il faut injecter la plus grande quantité de gaz possible, c'est-à-dire plusieurs litres à la fois, mais dans les cas chroniques, on ne doit pas dépasser certaines doses et surtout, certaines vitesses, sous peine de faire souffrir les malades. Voici les règles que donne l'auteur :

1° La *quantité* de l'oxygène ne doit pas dépasser 500 cc. chez l'adulte, 300 chez les adolescents, 200 chez les enfants, 100 chez les bébés.

2° La *vitesse* ne doit jamais être supérieure à 4 litres à l'heure, souvent même 3 litres, selon la susceptibilité des malades. Dans ces conditions les injections sont faciles et sans inconvénients.

3° La *fréquence* des injections sera basée sur la vitesse de l'absorption qui varie selon les cas et l'état de chaque malade ; en moyenne, cette absorption se fait en 3 jours, on pourra donc faire une injection tous les trois jours.

4° Les *points d'élection* pour pratiquer les injections sous-cutanées d'oxygène sont les suivantes : 1° la fesse, 2° les hypocondres, 3° le tiers externe de la cuisse.

Avec les précautions usuelles d'antisepsie et les indications que donne l'oxygénateur de Bayeux, les injections sous-cutanées d'oxygène sont sans aucun danger ; on a déjà pratiqué des milliers d'injections sans incident, et cette méthode semble appelée au plus grand succès.

REVUE DE CHIRURGIE

Emploi de l'éther dans les infections

Par M. le Dr SOULIGOUX
Chirurgien des hôpitaux de Paris

Depuis 1891, je me sers de l'éther. J'ai été amené à cette pratique à la suite du cas suivant. Etant interne de M. Lefort, j'eus à soigner étant de garde un homme dont les deux jambes avaient été broyées par un camion lourdement chargé de l'usine Say. Les deux jambes n'étaient qu'un amas d'os broyés et que l'on voyait au milieu de larges plaies et je ne pensais pas qu'il y eût autre chose à faire qu'une double amputation de cuisse que le malade refusa d'ailleurs énergiquement. Devant ce refus, je nettoyai soigneusement les plaies et j'y versai largement de l'éther, puis plaçai les deux jambes sous appareil plâtré. — A ma très grande stupéfaction, il ne se produisit pas d'infection et le malade conserva ses jambes. — Je pensai que cela était dû à l'éther qui, très volatile, avait pénétré dans toutes les anfractuosités des plaies et avait permis la désinfection. Dès cette époque, je lavai toutes les plaies à l'éther et je me servis de lui pour toutes les infections superficielles, lymphangites, érisypèle.

Voici le mode d'application que j'emploie. Soit une lymphangite du bras. Je lave soigneusement le membre avec de l'eau et du savon, comme s'il s'agissait d'une opération ; puis, la peau étant essuyée, j'enveloppe toute la région atteinte de compresses sur lesquelles je verse abondamment de l'éther. J'enveloppe alors le tout de taffetas gommé que je maintiens avec des bandes surtout serrées aux deux extrémités du pansement, de façon que l'éther ne puisse s'évaporer que lentement, et pour éviter encore l'évaporation, j'entoure le membre d'une couche épaisse de ouate non hydrophile.

Les résultats obtenus par ce traitement sont excellents et j'ai pu obtenir des guérisons nombreuses dans des cas d'infections graves. C'est dans plusieurs centaines de cas que j'ai ainsi employé l'éther et je n'ai eu qu'à m'en louer.

Dès 1891, j'avais mis de l'éther dans le péritoine de cobaye sans accident, mais je n'avais pas osé l'expérimenter chez l'homme avant l'année dernière, et voici dans quelles conditions. Je fus appelé au mois de juillet 1912 auprès d'une malade atteinte d'obstruction intestinale depuis déjà huit jours. Les six premiers jours, l'obstruction n'avait pas été complète, elle rendait quelques gaz ; mais quand je la vis, les accidents s'étaient aggravés, il y avait arrêt complet des matières et des gaz, et les vomissements fécaloïdes avaient commencé. Le sixième jour, elle avait éprouvé une violente douleur dans le ventre. Son pouls était rapide et petit, le facies tiré et le ventre douloureux et ballonné. La température était à 38°,8°.

Le toucher rectal me montra qu'il existait une sténose du rectum et je conseillai un anus contre nature. L'opération fut faite deux heures après ma visite.

L'incision iliaque faite, il sortit de l'abdomen des gaz et des matières fécales : il était donc évident qu'il existait une perforation de l'intestin qu'il fallait oblitérer. Je pratiquai une laparotomie médiane. Le ventre était rempli de matières fécales et de gaz ; les anses, météorisées, étaient recouvertes de fausses membranes, et, après des recherches assez longues, je trouvai une perforation, siégeant sur le cæcum, de la largeur d'une

pièce de 50 centimes. Je la suturai et l'enterrai sous deux plans de suture.

A ce moment, considérant ma malade comme perdne et me rappelant mes anciennes expériences de 1891 et sachant que Morestin employait souvent l'éther dans les opérations abdominales, je versai dans le ventre, sur les anses, dans le petit bassin, de l'éther en abondance ; je fis, somme toute, un large lavage de l'abdomen à l'éther. J'épongeai ensuite soigneusement et plaçai deux drains, l'un se dirigeant vers le petit bassin, l'autre allant vers la partie supérieure de l'abdomen, Je fis ensuite à gauche l'anus contre nature.

A ma stupéfaction profonde, cette malade a guéri simplement, facilement, et, depuis, dans toutes mes interventions abdominales, lorsqu'il y a du pus, je me suis largement servi de l'éther, et avec les meilleurs résultats. Ainsi, dans un cas de perforation du duodénum avec inondation péritonéale où je trouvai du pus jusque dans le petit bassin, j'ai, après suture de la perforation, largement lavé l'abdomen à l'éther ; mon malade a guéri, C'était d'ailleurs un cas assez favorable, puisque j'étais intervenu sept heures après le début des accidents.

M. Marcille, qui connaissait ma pratique, a fait de même dans la chirurgie de garde, et cela d'une façon systématique. Il a bien voulu me donner un relevé de ses observations que je vous communique en son nom. Il a opéré :

1. Six malades atteintes d'inondation péritonéale par rupture de grossesses tubaires. Chaque fois, il a essuyé le péritoine du petit bassin et les anses intestinales touchées à l'aide de compresses largement imbibées d'éther. Il a obtenu six guérisons.

2. Dix-sept malades de hernies étranglées. Chaque fois, il a lavé l'anse à l'éther. Tous les malades dont il a pu avoir des renseignements sont guéris.

3. Trois malades de contusions et plaie de l'abdomen :

a) Contusion à neuf heures du matin, opérée à dix heures du soir (11e heure); une anse perforée, liquide louche dans la cavité péritonéale. Grand lavage à l'éther. Drainage. Guérison.

b) Plaie de l'abdomen par coup de couteau, opérée à la troisième heure ; une anse sectionnée, une petite perforation sur une autre anse, deux plaies du mésentère.

Large lavage à l'éther. Drainage. Guérison.

c) Il s'agissait d'un traumatisme effroyable de l'abdomen, l'individu ayant presque été ouvert en deux. La plaie allait du triangle de Scarpa du côté droit jusqu'à la fosse iliaque du côté gauche.

Réparation des multiples plaies vasculaires et viscérales. Lavage à l'éther ; mort dans la nuit.

4. Trois péritonites généralisées. Ether, large drainage, deux guérisons et une mort.

5. Infarctus de tout le gros intestin et de deux mètres du grêle. Le tout contenu dans une énorme éventration. Une partie de ces anses est gangrenée ; des abcès stercoraux sont formés. Résection de tout le paquet contenu dans l'éventration : au total, tout le gros intestin jusqu'à l'S iliaque et deux mètres du grêle. Large lavage à l'éther. Les fonctions intestinales se rétablissent ; gaz et selles. Le lendemain, pouls bon. Mort par syncope à la trente-sixième heure.

6. Rupture de l'estomac par ulcère.

Intervention à la vingt-sixième heure. Péritonite généralisée avec quantité de liquide franchement purulent : fausses membranes sur l'intestin. Suture de la perforation : large lavage à l'éther. Drainage. Guérison.

7. Fracture compliquée des os de l'avant-bras. Plaie profondément souillée, lavée à l'éther, suturée sans drainage. Guérison par première intention.

Il résulte de cet ensemble d'observations :

1° Que le lavage de la cavité péritonéale à l'éther n'est nullement nuisible. Dans tous les cas où je l'ai pratiqué, j'ai constaté que les anses devenaient roses et se contractaient sous l'action de l'éther ;

2° Que ce lavage m'a paru avoir une action puissante, comme désinfectant du péritoine (1).

Un cas d'extrophie vésicale guéri par l'opération de Heitz-Boyer-Hovelacque

Par M. le Docteur A. GOSSET
Chirurgien des hôpitaux.

Il s'agit d'un garçon de 19 ans, que j'ai opéré le 2 décembre 1912, pour une extrophie vésicale. On avait déjà pratiqué trois interventions à 6 ans, à 15 ans, à 16 ans, par les méthodes plastiques alors en usage et les trois fois il y avait eu échec.

Le squelette est bien développé et la santé générale satisfaisante. A noter une disjonction très marquée de la symphyse pubienne, une disjonction de l'arc postérieur de la cinquième lombaire et un strabisme assez accentué. Les facultés psychiques sont médiocres.

C'est une exstrophie classique, mais avec des dimensions très restreintes, par suite des interventions antérieures. Aux deux extrémités latérales de la surface muqueuse, on voit les traces d'une cicatrice cutanée, à direction transversale. La peau est très irritée au pourtour de l'exstrophie.

Les orifices urétéraux sont à la jonction de la muqueuse et de la peau. Au-dessous de cette muqueuse, existe un renflement balanique très développé, avec double repli cutané.

Le scrotum est très développé en largeur; il contient deux testicules de volume normal.

A l'auscultation du cœur et des poumons, on ne constate rien d'anormal ; le pouls bat à 68 ; l'analyse des urines n'a pu être faite, mais la palpation ne révèle rien d'anormal au niveau des reins.

La radioscopie thoracique montre que les deux sommets sont très gris, surtout le sommet gauche.

La radiographie montre l'absence de symphyse pubienne.

Intervention pratiquée le 2 décembre 1912 par moi, avec l'aide des Drs Desmarest et Berger, et de mon interne Caudrelier ; — anesthésie à l'éther, après injection de pantopon, par le Dr Boureau.

On pratique les différents temps de l'opération réglée par Heitz-Boyer et Hovelacque

Après incision médiane, n'intéressant pas la surface de la muqueuse de l'exstrophie, on sectionne le côlon pelvien à deux travers de doigt au-dessous du promontoire.

Cette section du côlon est faite entre deux ligatures circulaires ; elle est exécutée — c'est un détail important — au thermocautère. Le bout supérieur est laissé tel que, entouré dans un capuchon de gaze ; tandis que sur le bout inférieur est passé un surjet à la soie, non perforant, destiné à enfouir la muqueuse exubérante.

On isole alors, sans difficulté, les uretères dans leur trajet contre la paroi pelvienne et on les sectionne *aussi bas que possible* ; chaque uretère est alors invaginé, par la technique de Payr, dans un orifice pratiqué sur la partie latérale du côlon pelvien, transformé ainsi en réservoir vésical.

Avant de refermer par un surjet au catgut, le péritoine pelvien, on décolle à l'aide du doigt les tissus situés en avant du sacrum et l'on crée ainsi un tunnel, dans lequel on engage le bout supérieur du gros intestin ; on termine le temps abdominal en fermant la paroi avec des soies fines.

On entreprend alors le temps périnéal, tel que l'ont si bien décrit Heitz-Boyer et Hovelacque. Une mèche et un drain sont placés dans l'incision recto-coccygienne, le coccyx n'a pas été réséqué.

Les suites opératoires ont été des plus simples Pendant les huit premiers jours, on a mis à demeure, dans la nouvelle vessie, un drain en T ; des lavages à l'argyrol en solution faible ont été pratiqués chaque jour.

Au 21e jour, le malade commence à garder ses urines et il peut les retenir un quart d'heure

A l'heure actuelle (deux mois après l'opération), les urines peuvent être gardées pendant une heure et demie et l'opéré urine volontairement. L'examen cystoscopique de la nouvelle vessie sera fait ultérieurement.

Cette observation peut suggérer quelques réflexions. J'ai suivi exactement la technique de Heitz-Boyer et Hovelacque et elle m'a paru parfaite. J'avais entrepris mon opération en me proposant d'employer le procédé de Cunéo, qui m'avait beaucoup séduit et qui est peut-être plus simple. J'en avais parlé à mon ami Cunéo et il m'avait lui-même conseillé de n'employer son procédé que si je me trouvais en présence d'une anse iléale avec mésentère long, par conséquent d'une anse facilement abaissable. Or, dans mon cas, l'examen de la terminaison de l'iléon m'a montré que l'abaissement ne serait pas facile ; j'ai donc dû renoncer à me servir d'une anse grêle exclue Pour ceux qui sont habitués à la chirurgie intestinale, le procédé de Cunéo paraît plus simple et plus rapide, à la condition toutefois que l'anse exclue soit facilement abaissable ; si cette condition n'est pas réalisable, il n'y a qu'à recourir au procédé Heitz-Boyer-Hovelacque.

Dans ce dernier procédé, le point qui m'a paru le plus délicat est l'anastomose de l'*uretère gauche* ; on est gêné par les vaisseaux du méso, qu'il est nécessaire cependant de ménager.

Le temps périnéal est très simple ; il faut attacher une grande importance à la fixation du bout supérieur aux lèvres de la boutonnière faite à la paroi postérieure du rectum et au travers de laquelle on l'a fait passer avant de le suturer à la peau anale Il est capital d'obtenir un éperon muqueux entre le réservoir vésical et le nouveau rectum et d'empêcher l'ascension de la muqueuse.

J'ai pratiqué toute l'opération en un seul temps, sans dérivation préalable des urines, et mon malade a guéri simplement ; mais il est juste de noter que ses voies urinaires supérieures n'étaient pas infectées (1).

REVUE DE PARASITOLOGIE

Un nouveau traitement de la phtiriase

On sait combien, chez les femmes, le traitement de la phtiriase présente de difficultés quand on veut leur épargner le sacrifice de leur chevelure.

A King's College Hospital, de Londres, le Dr A. Whitfield, médecin du service des maladies cutanées, obtient la guérison complète et rapide de cette affection parasitaire en procédant de la façon suivante :

« La patiente est couchée sur le dos, la tête dépassant le bord du lit. Sur une chaise, placée au-dessous de la tête, on dispose une cuvette, dans laquelle viennent plonger les cheveux. On verse alors sur ceux-ci une solution d'acide phénique à 1/40 et l'on fait passer et repasser cette solution jusqu'à ce que toute la

(1) Soc. de chir. de Paris.

(1) Société de Chirurgie.

chevelure en soit complètement imprégnée. Il importe notamment de veiller à assurer la « saturation » des cheveux situés au-dessus des oreilles et de ceux de la nuque, non seulement parce que ces parties sont le siège de prédilection des parasites, mais encore parce qu'elles peuvent facilement échapper au liquide désinfectant. En règle générale, le « rinçage » doit être poursuivi pendant dix minutes. Au bout de ce laps de temps, les cheveux sont enlevés de la cuvette et on les laisse égoutter, mais sans les sécher, ni même les tordre très soigneusement. Toute la tête est alors emmaillotée dans une serviette épaisse ou dans une flanelle, que l'on assujettit de manière à former une espèce de turban. La tête reste ainsi enveloppée durant une heure, après quoi on peut soit procéder à un lavage, soit simplement laisser sécher les cheveux, l'acide phénique s'évaporant rapidement.

Ce procédé suffit pour détruire non seulement tous les poux, mais encore leurs œufs, et alors même que ceux-ci restent dans les cheveux, ils ne peuvent plus éclore et, par conséquent, il ne peut plus y avoir de récidive. S'il existe quelques croûtes impétigineuses, elles se ramollissent sous l'influence de la lotion phéniquée et deviennent de la sorte accessibles à une cure par une pommade appropriée. Dans les cas où il n'y a pas d'impétigo, aucun traitement ultérieur n'est nécessaire.

D'après l'expérience de M. Whitfield, le procédé en question, qui ne donnerait jamais lieu à des phénomènes d'intoxication, se montrerait beaucoup plus efficace que les moyens habituellement employés contre la phtiriase.

REVUE DE LABORATOIRE

Détermination rapide des Bromures dans les urines

Par MM. G. Denigès et L. Chelle.

La détermination qualitative et surtout quantitative de l'ion brome dans les urines, est une des opérations les plus laborieuses de l'urologie. L'un de nous a déjà donné (1) une solution pratique de la question au point de vue qualitatif. Labat, dans ses belles recherches sur la présence du brome dans les organes de l'homme (2), a été plus loin dans cette voie, et, par une heureuse modification du procédé de Swartz-Baubigny, a pu même démontrer, d'une manière définitive, que chez l'être humain soumis à une alimentation chlorurée moyenne, les urines renferment constamment quelques milligrammes de brome combiné, par litre.

Toutefois, la méthode de Labat, établie surtout en vue de résoudre d'une manière définitive une question bio-chimique restée en suspens, est encore un peu longue dans la pratique courante. La suivante, d'une très grande facilité et rapidité d'exécution, nous paraît répondre à tous les desiderata.

Elle est fondée sur l'emploi de la réaction que nous avons récemment fait connaître (3) et d'après laquelle le brome, libre ou extemporanément libéré de ses combinaisons, donne, avec la fuchsine préalablement décolorée par l'acide sulfurique, un dérivé bromé de forte intensité colorante et soluble dans le chloroforme à l'exclusion des sels de rosaniline. Le réactif s'obtient comme suit :

Dans un mélange, refroidi, de 5 cc. d'acide sulfurique pur et de suffisamment d'eau distillée, pour avoir 100 cc. de liquide, verser, en agitant, 10 cc. d'une solution de fuchsine au millième. Le mélange se décolore peu à peu. En moins d'une heure, il est prêt pour l'emploi et est inaltérable.

Mode opératoire. — S'il s'agit de la recherche des bromures administrés à dose médicamenteuse, il suffit d'opérer sur 1 cc. d'urine ; pour la détermination du brome normal, on opérera sur 10 à 50 cc. de ce liquide selon que l'alimentation est moins ou plus chlorurée. On ajoute, à la prise d'essai, le dixième de son volume de soude ou de potasse pure à 4 ou 5 p. 100 (de solution normale, par exemple) et on évapore rapidement à sec puis on incinère. Le résidu est repris par 5 cc. d'eau et filtré sur un petit filtre plat, préalablement mouillé.

Le filtrat, recueilli dans un tube à essai, est additionné de 4 gouttes d'acide chlorhydrique pur, puis, après agitation, de 1 cc. d'acide sulfurique pur. Aussitôt après le départ complet de CO^2 et agitation, on ajoute 1 cc. de réactif fuchsiné, 0 cc. 2 d'une solution de CrO^4K^2 à 10 0/0 et on mélange. Puis on ajoute 1 cc. de chloroforme et, obturant le tube, on agite très violemment son contenu pendant au moins une demi-minute. On laisse reposer : le chloroforme se sépare coloré en rouge violet d'autant plus intense qu'il y avait plus de bromures dans l'urine (1). On peut déceler ainsi jusqu'à 0 milligr. 01 de brome combiné dans la prise d'essai. Si l'on soupçonnait la présence simultanée d'iode (ce qu'un essai direct à l'azotite de soude, en milieu acide, en présence de chloroforme, apprendrait aisément) une ou plusieurs gouttes de bisulfite de soude en solution suffisamment diluée, agitées avec le mélange, feraient disparaître instantanément la coloration due à l'iode, tout en respectant celle qu'aurait produite le brome. Tant que la dose d'iode ne dépasse pas 0 millig. 05 dans la prise d'essai, on n'a pas besoin d'avoir recours à cette addition ; pour les doses supérieures, il faut augmenter la quantité de chromate et employer le bisulfite ou chasser, au préalable, l'iode par ébullition en présence d'un sel ferrique (alun ferrique ou chlorure).

Des essais comparatifs avec des solutions bromurées titrées permettent d'effectuer des dosages colorimétriques rapides après ou sans décantation du chloroforme dont on pourra augmenter le volume pour les fortes teneurs en brome. Nous avons pu ainsi vérifier, d'une manière complète, les chiffres trouvés par Labat pour la teneur des urines normales en brome combiné.

Une technique analogue est applicable aux autres liquides de l'organisme et aux produits biologiques quelconques (2).

(1) *Bulletin de la Société de Pharmacie de Bordeaux*, 1909, p. 71.

(2) *Thèse de Médecine* de la Faculté de Médecine et de pharmacie de Bordeaux, 1912.

(3) *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, 25 novembre 1912, et *Bulletin de la Société de Pharmacie de Bordeaux*, novembre 1912.

(1) Si l'on veut faire cesser très rapidement l'émulsion du chloroforme et assurer une longue durée à la coloration prise par ce dissolvant, il est bon d'ajouter, après l'agitation, au mélange, 5 c. c. d'eau chlorhydrique à 4 ou 5 % en volume et de retourner plusieurs fois le tube sur lui-même sans émulsionner de nouveau. Cette pratique est très recommandable.

(2) *Soc. de Biol. de Bordeaux*.

CARNET DU PRATICIEN

Parésie intestinale post-opératoires

Donner du calomel suivi d'un lavement d'eau savonneuse.

En cas d'insuccès, prescrire le lavement suivant :

Essence de thérébentine....	14 grammes
Sulfate de magnésie........	28 —
Glycérine..................	28 —
Savon et eau q. s. ad......	280 —

Contre l'eczéma suintant

Dans le cas d'eczéma suintant des plis, on d'intertrigo :

Eau de chaux................	50 gr.
Huile d'olives..............	50 gr.

Imbiber des linges de toile et appliquer sur les régions malades tous les jours. (Lallich)

Accidents sériques dans la diphtérie

Pour combattre les accidents anaphylactiques du sérum antidiphtérique, Netter prescrit :

Chlorure de calcium........	4 grammes
Sirop de menthe...........	20 —
Eau distillée..............	100 —

une cuillerée à café toutes les heures ou toutes les deux heures suivant l'âge.

Instituer de plus la diète lactée, et, en cas de prurit intense, pulvérisation avec la solution suivante :

Acide phénique............	25 grammes
Alcool....................	25 —
Eau distillée.............	950 —

ou application de la pommade suivante :

Menthol..................	0 gr. 10
Chlorhydrate de cocaïne....	0 gr. 20
Oxyde de zinc..............	4 grammes
Vaseline..................	15 —
Lanoline..................	15 —

Dyspepsie infantile

Régler l'alimentation et prescrire les alcalins en cas de vomissements ou de regurgitations acides.

En cas de tympanite, hoquet, flatulence et de lenteur des digestions, donner après le repas une cuillerée à soupe de la préparation suivante :

Pepsine liquide (titre 100)...	5 grammes
Pancréature titre (50).......	—
Diastase (titre 50).........	—
Glycérine pure..............	—
Sirop de limon..............	Q. s. pour 150 c. c.

Enfin, pour modifier la flore intestinale et combattre les fermentations anormales, prescrire la sinubérase de 2 à 4 comprimés après chaque repas dans un peu d'eau sucrée.

Prurit anal

Lotion chaude boriquée suivie d'application de :

Menthol....................	1 gramme
Oxyde de zinc..............	5 —
Lanoline...................	10 —
Vaseline...................	10 —

Dermite toxique de la grossesse

1° Pratiquer durant plusieurs jours une injection intra-musculaire, à l'aide d'une seringue de 100 cc. avec la solution suivante connue sous le nom de solution de Ringer :

Chlorure de sodium........	1 gr. 80
calcium	0 — 048
Chlorate de potasse	0 — 084
Bicarbonate de soude........	0 — 06
Eau distillée..............	200 grammes

Cette solution doit être tiédie pour l'usage.

2° Régime végétarien sévère.

Ankylostomiase

Donner au malade à trois reprises et à deux heures d'intervalle, XVI gouttes d'essence de chenopode sur un morceau de sucre.

Deux heures après l'administration de la dernière dose, donner :

Chloroforme..............	3 grammes
Huile de ricin............	17 —

Impétigo des narines

Soigner l'état général, souvent lympathique. Localement : enlever les végétations ; irrigations du nez avec du sérum physiologique, application dans le vestibule et sur la lèvre, pendant la nuit, de la pommade suivante :

Ichtyol....................	1,0
Vaseline...................	20,0

ou :

Calomel à la vapeur.........	0,25
Vaseline...................	25,0

Contre les pollutions nocturnes

Extrait de seigle ergoté......	4 grammes
Styptol....................	1 —

Pour faire pilules n° 30. Prendre quotidiennement une de ces pilules.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 38 500 exemplaires
Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau
L'Administrateur-Gérant : G. Zante.

VARIÉTÉS

40.000 Étudiants

Exactement 41.109 : telle est, dans ce premier trimestre de 1913, la population totale de nos quatorze universités.

Il y a deux ans, à pareille époque, elle était de 41.190 ; elle est donc restée stationnaire.

Sur nos 41.109 étudiants, 4.506 — selon la propre terminologie des statistiques officielles — sont des « étudiants femmes », et 37.053 des « étudiants hommes ». La proportion entre ces deux catégories est restée sensiblement la même depuis deux ans : les femmes sont au nombre de 4.056, au lieu de 3.954. Légère augmentation du nombre des étrangers : 5.560, au lieu de 5.380.

Le gros bataillon est toujours formé par les étudiants en droit : 16.763 (17.292 en 1911). Viennent ensuite les futurs médecins, au nombre de 9.744. Les facultés des sciences sont en progrès avec 6.639 étudiants — 543 de plus qu'il y a deux ans ; par contre, les facultés des lettres ont perdu 161 inscrits (6.398). Les études de pharmacie réunissent le même nombre d'étudiants : 1.565, au lieu de 1.632.

Il est curieux de constater que les étrangers se portent de préférence vers les études scientifiques, et les étrangères vers les études littéraires. Voici les chiffres : 1.239 étrangers et 159 étrangères sont inscrits dans les facultés des sciences, sur un total de 6.639 inscrits : 600 étrangers et 1.032 étrangères dans les facultés des lettres, sur un total de 6.398.

Les femmes, d'ailleurs, sont loin de se porter avec un égal empressement vers toutes les disciplines universitaires. Ce sont les lettres qui les attirent surtout. Elles forment présentement plus du tiers de la population des facultés des lettres : 2.241, sur un total de 6.398, et pour ces études, les Françaises sont plus nombreuses encore que les étrangères : 1.209 et 1.032. Viennent ensuite les étudiantes en médecine ; elles sont au nombre de 1.057, dont un peu plus de la moitié, 559, sont des Françaises. Les études scientifiques n'attirent que 583 femmes, Françaises pour le plus grand nombre (424) ; les études en droit que 119 (dont 69 Françaises) ; les études de pharmacie que 56, toutes Françaises à l'exception de 2.

L'université de Paris continue à grouper, à elle seule, plus des deux cinquièmes de la population universitaire totale : 17.104, chiffre sensiblement égal à celui d'il y a deux ans : 17.238.

Voici quelques renseignements complémentaires relatifs aux universités de province.

Les études de droit sont florissantes à Toulouse (1.124 étudiants), à Bordeaux (991), à Rennes (952), à Poitiers (906), et déjà à Alger (812). Les études de médecine à Lyon (1.080), à Bordeaux (816), à Montpellier (705). Les études scientifiques à Nancy (908), à Toulouse (802), puis à Grenoble (561). Les études littéraires à Lyon (533), à Grenoble (496), à Lille (355), à Toulouse (336). Les futurs pharmaciens sont les plus nombreux à Montpellier (158), et àBordeaux (154).

ÉCHOS

La désinfection en grand des livres

Les livres peuvent facilement devenir une cause de propagation des maladies contagieuses. Leur désinfection n'est pas facilement réalisable. La vapeur d'eau à 100 degrés les détériore et les désinfectants chimiques gazeux, comme la formaline, ne donnent pas des résultats toujours certains.

Voici un système qui paraît supérieur : on place les livres, par rangées séparées, dans une vaste étuve métallique à double paroi. Entre les deux parois se trouve de l'eau que l'on peut chauffer par une circulation de vapeur, de manière que l'on puisse obtenir une température de 52° C. dans l'étuve. On fait alors avec une pompe un vide partiel (jusqu'à une pression négative de 700 millimètres) dans cette dernière, puis on y projette un mélange d'eau et d'alcool chauffé à 80° C. Sous l'influence de la température et de la dépression ce mélange se vaporise dans l'étuve. Une heure et demie plus tard, la température de l'étuve étant d'environ 60° C. laisse rentrer l'air et, une demi-heure après, l'opération est terminée.

Pour désinfecter ainsi 1.000 volumes de 2 à 3 centimètres d'épaisseur on emploie environ 7 litres d'un mélange à parties égales d'eau et d'alcool.

Un tube de quarante et un mille francs

En décembre 1911, la société la Banque du radium confiait à un de ses employés, M. Senejean, un tube de radium à porter chez un graveur pour y inscrire un numéro d'ordre.

M. Senejean mit soigneusement le tube au plus profond de sa poche. Mais précisément cette poche était trouée et le tube disparut. C'était une perte de 41.000 francs. La société en réclama le remboursement, à M. Senejean. Mais, la troisième chambre a rejeté sa demande, attendu dit le jugement « que la Banque du radium a commis une grande imprudence en remettant un tube d'un si petit volume contenant un sel d'un prix si considérable, à un de ses employés, sans avoir pris soin de lui recommander de prendre des précautions de nature à éviter la perte du tube », perte qui aurait été évitée, ajoute le tribunal, si l'on avait indiqué à M. Senejean et pris les précautions que mentionne le règlement pour les dames infirmières.

Le personnel des Hôpitaux Allemands.

A en croire certains germanophiles, les infirmiers et infirmières d'Outre-Rhin seraient des modèles comme capacité, moralité, etc. L'articulet suivant prouve qu'ils sont, comme ailleurs, assez mal lotis et ne demeurent guère en place, ce qui est très défavorable au service.

« En effet, dans une récente séance du Reichstag, le député socialiste Anfrick, parlant de la situation du personnel des hôpitaux, a fait connaître à la Chambre que 46 0/0 du personnel travaillent de 12 à 14 heures, et 39 0/0 de 14 à 17 heures par jour. Dans 157 établissement, le personnel — 612 hommes — n'a pas pour ainsi dire de repos ; il en est de même pour le personnel féminin de 439 autres institutions.

Le salaire initial est de 10 mark ; il va de 30 à 75 mark, même pour le personnel des asiles d'aliénés, où le service est exceptionnellement rude.

Résultat : changement fréquent de personnel, très préjudiciable aux malades eux-mêmes. »

On ne peut en conclure que le Gouvernement allemand soit un « bon père » pour ses serviteurs dévoués !

Ambroise Paré

M. André Mesureur vient de faire une conférence des plus intéressantes sur Ambroise Paré, le glorieux ancêtre de nos chirurgiens.

Ambroise Paré avait débuté à l'Hôtel-Dieu, et ce fut pour M. André Mesureur l'occasion de présenter des documents extrêmement curieux sur la vieille « Maison-Dieu » parisienne, notamment des miniatures conservées aux archives de l'Assistance publique qu'il a organisées.

« Quelle impressionnante destinée, a-t-il dit, que celle de maître Ambroise Paré, pauvre petit apprenti barbier allant en ville « faire le poil » aux clients et devenu premier chirurgien et même conseiller du roi ! Le public du XVIe siècle n'était cependant pas très favorable aux hommes nouveaux... Mais toutes les portes s'étaient ouvertes devant Paré, qui, à son talent d'observateur joignait des qualités capables de toucher les hommes de la Renaissance. Passionné pour les soldats, dont il n'a pas à redouter trop de sensiblerie en un temps où il n'y avait pas d'anesthésie, il trouva dans le succès des armes le moyen de proclamer ses mérites de chirurgien ; écrivain déjà maître de son style, Paré expose sa pratique en de volumineux traités rédigés en français au grand scandale de la Faculté ; même il compose des vers comme la Pléiade, mais ce sont des vers de mirliton. Il est surtout le novateur qui rompt décidément avec la « lettre » d'Hippocrate et de Galien, et se félicite d'imaginer des procédés « qu'il « n'a ni lu, ni ouï dire, ni vu pratiquer. » « Les anciens ne nous doivent servir que d'échaugettes « pour regarder de plus haut l'horizon »... Et pour achever de nous convaincre qu'il est bien l'homme du XVIe siècle, il se rangera au plus fort de la Ligue au parti des « politiques », haranguant l'archevêque de Paris quelques mois avant sa mort pour lui demander de travailler à la paix ».

Colbert et la repopulation

On parle beaucoup à l'heure actuelle de dépopulation et de repopulation. Il y a même de graves commissions qui s'en occupent. M. André Fribourg leur signale, dans la *Grande Revue*, qu'elles pourront utilement consulter la correspondance de Colbert. Le problème du peuplement fut de ceux pour lesquels il se passionna. Il appliqua d'abord ses méthodes dans les colonies françaises, surtout au Canada, en prenant soin d'y envoyer des jeunes filles « saines et fortes », afin d'en pourvoir les habitants de ces pays-là, parce que, disait-il, « sans cela, il est impossible que les colonies subsistent longtemps »

Pour trouver à ces jeunes filles qui passaient l'Atlantique, le mari qu'elles venaient chercher de si loin, Colbert avait recours à un procédé très efficace : le mariage obligatoire, et en particulier le mariage obligatoire des soldats.

Quinze jours après l'arrivée des vaisseaux qui amenaient les filles, tous les célibataires devaient être pourvus ; s'ils ne se mariaient pas, on les privait de leurs moyens de subsistance, on leur interdisait la traite et la chasse ; et on allait même jusqu'à leur interdire de rentrer en France, s'ils n'avaient consenti d'abord à épouser, puis à faire de nombreux enfants !

Il usait aussi de moyens moins rigoureux : primes accordées aux mariés jeunes, aux parents d'enfants nombreux vivants, amendes, impôts considérables sur les célibataires ou les parents sans enfants, bonneurs spéciaux aux parents prolifiques, grâces spéciales du roi à leur égard, proscription des religieux et des religieuses.

La prostitution des jeunes filles à Munich

Dans une étude statistique fort intéressante, un auteur allemand, M. Rupprecht nous apprend que, en ce qui concerne les jeunes filles de quatorze à dix-sept ans, ce sont les domestiques qui, à Munich, fournissent le plus fort contingent à la prostitution : 41 sur 82, puis les employées de l'industrie (17), les servantes de cafés (11). Ce sont les ouvriers dont les enfants paient le plus lourd tribut (51 sur 100).

63 pour 100 des sujets sont ou ont été atteints de maladies des organes génitaux.

De quinze à dix-sept ans, la proportion des filles malades s'élève de 55 à 66 p. 100.

Il est curieux de cousater que ce ne sont pas celles dont les parents sont morts qui sont le plus adonnées à la prostitution : sur 88 filles, 60 ont encore père et mère vivants, 6 n'ont plus que leur mère, 19 leur père, 2 seulement sont orphelines.

La proportion des filles entraînées par une amie est aussi élevée que celle des filles séduites par un amant (17 contre 18). De même, il y a à peu près rapport égal entre le nombre des filles qui sont tombées dans la prostitution par nécessité, par manque de travail, et celles qui ont succombé au goût du vice (26 contre 27).

Préjudice esthétique

Mme M., d'origine italienne, est modèle à Paris Ces temps derniers, elle a été victime d'un accident de voiture, à l'occasion duquel elle réclamait 3.000 francs de dommages-intérêts à la Compagnie des omnibus.

— L'accident dont j'ai été victime, disait-elle, aux juges de la sixième Chambre supplémentaire, a entraîné pour moi une diminution de capacité de travail. En effet, il me reste, de la blessure reçue, une cicatrice sur le nez, qui ne me permet plus de poser désormais pour la tête. Je ne puis plus poser que pour le corps.

Après plaidoiries, le tribunal a condamné la Compagnie des omnibus à payer à Mme M. 300 fr. de dommages-intérêts, à titre d'indemnité.

L'influence de la pluie sur la population.

Heureuses les régions où il pleut beaucoup ; c'est une constatation faite outre-mer qui peut nous inviter à pousser ce cri.

Dans les Etats-Unis, la distribution de la population est en effet réglée par l'abondance ou la disette des pluies.

Là où elles atteignent annuellement 30 ou 40 pouces, la population est dense, soit environ 45 habitants par mille carré.

Dans les régions arides où la pluie ne dépasse pas 20 pouces par année, on ne compte pas plus de 3/100 de la population totale des Etats-Unis.

Opium et cocaïne aux États-Unis.

Les Etats-Unis importent annuellement 480.000 kilogrammes d'opium ; or il suffit de 22.500 kilogrammes pour tous les besoins médicaux ; la consommation indue de l'opium s'élève donc à 457.500 kilogrammes.

Quant à la consommation clandestine de la cocaïne, elle se monte annuellement à 4.610 kilogrammes.

84e Année (Série XIIIe) — No 194 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 16 Avril 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 16 Avril 1913

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la Gazette Médicale de Paris, *sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs d'articles inédits qu'elle aura publiés, mettra désormais à leur disposition un tirage à part de 50 exemplaires.*

ÉCHOS

Nos Amis.

M. le Professeur Landouzy, doyen de la Faculté de Médecine et membre du Comité de direction scientifique de la *Gazette Médicale de Paris*, vient d'être nommé a la très grande majorité des suffrages, membre de l'Académie des Sciences.

Nous sommes heureux de lui adresser nos plus affectueuses félicitations.

L'étude des questions sexuelles

Une Société pour l'étude des questions sexuelles, vient de se constituer à Berlin, sous la présidence du prof. Eulenburg.

Royal Institut of Public health.

Du 15 au 19 mai prochain, le Royal Institute of Public health tiendra un congrès à Paris.

Le président du comité français d'organisation est M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de Médecine.

Le congrès aura son siège à l'Hôtel de la Société des Ingénieurs Civils, 19, rue Blanche.

La séance solennelle d'ouverture aura lieu à la Sorbonne.

Il est ouvert à tous ceux qui s'intéressent aux questions d'hygiène.

Il comporte cinq sections : 1re section, Médecine d'Etat ; 2e section, Hygiène municipale, ingénieurs, architectes municipaux, plan des villes : 3e section. Eugénique et étude des enfants : 4e section, navale, militaire et coloniale ; 5e section, Hygiène industrielle.

De nombreux et importants rapports seront présentés et discutés dans chacune des sections.

Les titres des communications sur les sujets ressortissant à ces diverses sections devront être envoyées au Secrétaire général, M. F. Marié-Davy, 5, avenue d'Orléans, à Paris, avant le 15 avril, dernier délai. Elles devront être accompagnées d'un résumé d'une page (impression in-octavo) qui sera imprimé dans les deux langues et distribué avant le Congrès. Elles ne devront avoir aucun caractère commercial ni industriel.

Les auteurs de communications sont priés d'envoyer le titre de celles-ci le plus tôt possible, au Secrétaire général.

Les membres adhérents français auront à verser une cotisation de 20 francs.

Ils auront droit à toutes les publications du Congrès et participeront à toutes les réunions et fêtes. Ils bénéficieront également d'une réduction de 50 p. 100 sur les réseaux français, *à la condition d'envoyer leur adhésion avant le 1er mai.*

Les personnes accompagnant les membres du Congrès pourront prendre part également aux fêtes et excursions moyennant une cotisation de 10 francs.

Sorcellerie thérapeutique

En dépit du progrès des connaissances à notre époque, nombreux sont encore les villages où la confiance populaire s'adresse au sorcier de préférence à tout autre.

Non seulement on leur demande d'exercer leurs talents pour la découverte des sources, mais on les requiert aussi pour d'autres besognes moins catholiques.

Ce sont les sorciers de village, par exemple, qui, mandés par les métayers, se rendent à la ferme pour égorger au début du printemps et au lever du soleil, un coq noir, afin de rendre fertiles les champs ensemencés. Cette pratique impose de crever les yeux du volatile, d'imbiber de son sang une touffe de mandragore et de parsemer les brins sur la terre en accompagnant ce geste de formules mystérieuses.

Ce sont eux encore qui pour se venger d'un dédain « jettent des sorts » aux troupeaux ou conjurent ceux jetés par un ennemi jaloux et envieux sur le bétail d'un ami.

Certes, les bêtes d'une étable tombent-elles frappées d'un mal subit, le plus grand nombre en cherchent le remède dans l'hygiène, la propreté et l'isolement, mais d'autres s'adressent encore à *l'homme qui sait tout*, qui arrive à pas graves, hume la litière, palpe les murs, « touche » les animaux en se livrant à des pratiques bizarres accompagnées de formules appelées « gardes ».

Ces « gardes » que débite le sorcier avec conviction sont comme des évocations mystérieuses qui en imposent par cela même à celui qui le consulte

Voici, par exemple, la « garde » contre la gale : « Bête rousse, blanche ou noire, il y a quelque gale sur toi ; fût-elle mise et faite à neuf pieds dans terre, il est aussi vrai qu'lle s'en ira et mortira. comme saint Jean est dans sa peau et a été né dans un chameau... Sel, je te jette de la main que je possède. »

La « garde » contre la clavelée n'est pas moins originale. En voici la formule :

« Ce fut par un lundi au matin que le sauveur du monde passa, la sainte Vierge après lui, et M. Jean son pastoureau, son ami, qui cherche son divin troupeau, qui est entiché de ce malin claviau, de quoi il n'en peut plus, à cause des trois pasteurs qui ont été adorer le messie.,

« Mon troupeau sera sain et joli qui est sujet à moi, Je prie Mme Geneviève qu'elle m'y puisse servir d'amie dans ce malin claviau-ci.

« Claviau banni de Dieu, renié de tous, je te commande de la part de nous qui tu aies à sortir d'ici, et que tu aies à fondre comme fond la rosée devant le soleil. »

Et ces paroles dites, le sorcier commande de déposer sous le seuil de l'étable et aux fenêtres des talismans qu'il vend, puis il se retire « l'œil en dedans » et la poche garnie.

Il existe encore beaucoup d'autres sortes de sorciers, qui dans les villages savent acquérir et exploiter la confiance populaire.

Parmi ceux-là sont les « envoûteurs » qui recourent à l'anto-suggestion : plus le sujet est rebelle et plus est compliqué l'emploi des moyens qui frapperont son imagination. C'est ce qui explique la bizarrerie des formules préconisées par les grimoires de la sorcellerie : les appels au diable, les effusions de sang. En voici un exemple:

« Composer avec de la cire ou de l'argile une figurine représentant la personne dont on veut se défaire ; y mêler de l'huile consacrée et des cendres d'hostie brûlée ; revêtir cette image de vêtements semblables à ceux de la victime, puis prononcer sur elle toutes les malédictions possibles en lui souhaitant chaque jour les pires tortures. »

Ce procédé était, paraît-il infaillible si l'on pouvait se procurer des cheveux, du sang ou une dent de la personne à envoûter.

Aujourd'hui, le sorcier n'a plus recours à ces terribles pratiques ; il se contente au vilage d'envoûter par le regard, d'avoir le « mauvais œil ».

L'envoûteur confectionne bien aussi quelques philtres quand son « mauvais œil » n'a pas agi au gré de son crédule client, mais ils sont heureusement inoffensifs.

Le général n'a pas eu peur

Dans son enfance, la petite princesse Wilhelmine, aujourd'hui reine de Hollande n'était pas admise à la table de ses parents, mais elle avait l'autorisation de paraître au dessert et de se placer auprès d'un personnage quelconque, à son choix. Un soir, la jeune princesse était assise à côté d'un vieux général. Elle venait de lui demander des fruits, quand elle le regarda bien en face et lui dit :

— Je m'étonne que vous n'ayez pas peur d'être assis à côté de moi !

A cette question imprévue, tout le monde dans la salle se tourna de son côté.

— Au contraire, répondit le général, je suis très heureux et très flatté de me trouver à côté de ma future souveraine. Et puis, de quoi aurais-je peur?

— Mais de la contagion ! riposta avec un air de profond chagrin la petite Wilhelmine. Toutes mes poupées ont eu la rougeole et elles en sont mortes !

Madame et son miroir

Un monsieur très grave vient de se livrer à une statistique effrayante. Il a calculé le temps qu'une femme passe devant son miroir au cours de sa vie, entre six et soixante-dix ans.

Il estime que la fillette de six à dix ans reste chaque jour, en moyenne, 7 minutes devant sa glace ; de dix à quinze ans, un quart d'heure ; la jeune fille fille de quinze à vingt ans, 22 minutes ; de vingt-cinq à trente ans, la femme reste, par jour, une demi-heure devant sa glace : c'est le maximum. De trente à trente-cinq ans, la cote descend à 24 minutes ; de trente-cinq à quarante, à 18 minutes. Enfin, de cinquante à soixante, elle n'est plus que de 6 minutes, comme dans le jeune âge.

Au total : 349.575 minutes, c'est-à-dire plus de 242 jours. Sévère, mais juste...

La réclame et la mort

Chez les pratiques Yankees, la réclame et la mort font bon ménage. On peut lire sur certaines tombes des cimetières de l'Ohio :

Sous cette pierre, repose Annie Hackins. Elle périt tristement, ayant perdu sa beauté. Elle l'aurait encore, si elle avait fait usage. chaque soir, de la *Crème savonneuse J.-H. Carter and son*, en vente dans toutes les pharmacies.

Ou :

Ici, viendra dormir un jour Joe Bernstamm, de la maison *Bernstamm and Chep*, l'épicerie renommée que, pour le moment, il dirige à la satisfaction de tous.

Sur le four crématoire d'une importante ville de Massachussets s'étale cet avis :

Si vous voulez rester longtemps hors d'ici, assaisonnez chaque jour votre salade avec le *Red mill* vinaigre.

On n'est pas de meilleur goût.

De l'influence des couleurs sur le système nerveux

A cette époque de l'année, on attribue généralement à la grippe l'état de surexcitation dont souffrent les travailleurs. Un docteur allemand vient de tenter une petite révolution ; pour lui, les rayons du spectre sont les seuls coupables.

Il a observé que l'action du rouge est la plus excitante : le rouge, dit-il, répond à l'énergie, à la force. Au contraire, le violet est froid et calmant. M. Lumière avait d'ailleurs observé que ses ouvriers étaient très excités quand ils travaillaient dans la chambre rouge, et qu'ils sont devenus calmes depuis qu'on a remplacé les rideaux rouges par des verts. On sait aussi que le taureau et le dindon sont excités par les couleurs rouges, et l'on emploie souvent des lunettes à verre bleu foncé pour calmer les chevaux emportés.

Les rayons violets ont également une action sur les végétaux qui atteignent un développement extraordinaire.

Le rouge et les couleurs qui s'en rapprochent : orange, jaune sont donc excitants. Le vert donne une joie tranquille, comme en inspire la nature. Le violet, l'indigo et le bleu sont plutôt calmants. « Dis-moi la couleur que tu préfères et je te dirai qui tu es ». Cette tentative a été faite aux Etats-Unis par le moyen d'une vaste enquête, elle a montré que le bleu, le violet et les couleurs foncées sont préférées des hommes ; les femmes, passionnées pour la force et l'énergie, admirent le rouge, le vert et le jaune.

Les sauvages, qui ne prisent rien plus que l'énergie, ont la passion des couleurs lumineuses et surtout du rouge. Cette préférence existe chez les nègres aussi bien que chez l'Indien d'Amérique ou le Polynésien. Cook a observé que le Néo-Calédonien nourrit une réelle passion pour le rouge et qu'il prodigue cette couleur pour embellir les poteaux de ses cabanes, ses sculptures, ses statuettes. A la Nouvelle-Zélande, il suffit de peindre un objet en rouge, pour qu'il devienne *tabou*.

Les Gabonais ne connaissaient que les couleurs rouge, blanche et noire avant l'arrivée des Européens. En Afghanistan, au Congo, les commerçants emportent toujours pour leurs échanges des cotonnades rouge vif.

L'amour de cette couleur se témoigne encore dans les fards et les parures qu'affectionnent les sauvages, ils se peignent en rouge ou s'enduisent le corps et les cheveux d'une pâte d'argile mêlée d'huile. Enfin le rouge était la couleur de prédilection des Grecs et des Romains.

Technique et Indications de la Laparoscopie

Par M. le Docteur Louis RÉNON
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Necker

Après la découverte de l'endoscopie des cavités ouvertes comme la vessie, le rectum, l'œsophage, l'estomac, les bronches, etc, l'idée est venue de chercher à explorer les cavités fermées comme le péritoine et la plèvre. La réalisation pratique de cette endoscopie est due à Jacobœus (de Stockholm), qui, de 1910 à 1912, en trois publications successives, dont la dernière des plus importantes, fixa les règles de la Laparoscopie et de la Thoracoscopie (1).

Le principe de la méthode consiste à passer un cystoscope de Nitze dans la gaîne d'un trocart et à regarder dans la cavité abdominale. On utilise un cystoscope droit d'un très faible diamètre, nº 12 de la filière Charrière, terminé par une lampe Osram à lumière froide, dans laquelle on fait passer un courant de 3 volts et de 0.02 ampère. La gaîne du trocart se termine par une petite chambre dans laquelle se meut une soupape métallique qui permet d'interrompre la communication de la cavité péritonéale avec l'air extérieur, quand un instrument ne passe pas dans cette gaîne. L'appareil de Jacobœus, construit par Stille-Werner (de Stockholm), se compose d'un trocart, d'une gaîne avec soupape métallique, d'un cystoscope droit nº 12, d'une petite gaîne intérieure terminée par un embout arrondi, destinée à être placée dans la grande gaîne du trocart. La stérilisation des instruments s'opère par les procédés habituels ; celle du cystoscope s'effectue par un séjour de 24 heures dans les vapeurs de formol.

La technique est différente selon que le malade présente de l'ascite ou n'en présente pas.

Au cas d'ascite, la technique est des plus simples. On évacue à l'aide du trocart le liquide jusqu'à siccité, en passant la petite gaîne intérieure du trocart dans la grande gaîne, pour relever la soupape métallique. Le liquide évacué, on insufle dans la cavité abdominale, à l'aide d'une poire à thermocautère, de l'air ou de l'oxygène que l'on stérilise par leur passage au travers d'un filtre d'ouate, analogue à ceux utilisés dans le pneumothorax artificiel. Après une légère distension de l'abdomen par l'air ou l'oxygène, on retire la petite gaîne intérieure et on passe le cystoscope dans la grande gaîne du trocart ; la petite soupape métallique empêche l'air de sortir pendant cette opération. On attend une minute avant de donner la lumière, puis on regarde en projetant l'instrument dans divers sens. Quand l'examen est terminé, on éteint la lumière une ou deux minutes avant de retirer la cystoscope. Ce dernier enlevé, on passe la petite gaîne intérieure du trocart dans la grande gaîne pour relever la soupape et permettre à l'air ou à l'oxygène de s'évacuer ; cette évacuation est facilitée par une légère pression sur l'abdomen. Si, dans un but thérapeutique, on préfère laisser le gaz dans la cavité péritonéale, on soulève purement et simplement la grande gaîne du trocart.

Le siège de la ponction varie selon la partie de l'abdomen que l'on veut examiner. Si l'on désire explorer la surface du foie, il faut ponctionner sur le côté du muscle droit, à la hauteur ou au-dessus du nombril. Si l'ascite est libre, on peut en modifiant la position du malade, faire refluer le liquide dans l'endroit à examiner.

Quand il n'y a pas d'ascite, la technique précédente doit être profondément modifiée, pour ne pas blesser l'intestin. Après anesthésie de la paroi à la novocaïne, on incise la peau sur une profondeur de 2 à 3 millimètres, puis avec une aiguille à ponction terminée par un mandrin, on pénètre à travers les dernières couches de la paroi. Le malade ressent une vive douleur quand l'instrument à franchi le péritoine pariétal ; on s'assure que le mandrin est bien libre dans la cavité. On insufle alors l'air, puis on substitue à l'aiguille le gros trocart et le cystoscope. Cette technique préconisée par Jacobaeus me paraît difficile et dangereuse ; elle risque de blesser l'intestin et je redouterais à l'employer. Mieux vaudrait une incision exploratrice. Cependant, en tenant compte des variations de la pression abdominale, je crois qu'on pourrait, pour pénétrer sûrement dans le péritoine, utiliser l'ingénieux trocart à mandrin tournant inventé par Kuss pour pénétrer dans la plèvre, lors de la première insuflation du pneumothorax artificiel (1). La pression abdominale est soumise à des variations périodiques respiratoires ; elle est positive pendant l'inspiration et négative pendant l'expiration (2). En tenant compte de ces données physiologiques et en reliant le trocart de Kuss à un manomètre à eau, la perforation de la peau et du tissu sous-cutané s'effectuerait à l'aide du trocart, la pénétration à travers le péritoine pariétal se ferait à l'aide du mandrin qui ne pourrait pas léser l'intestin. Si l'on est dans le péritoine en tournant le mandrin et en débouchant l'œil de la gaîne du trocart on verrait sur le manomètre la pression augmenter pendant l'inspiration et diminuer pendant l'expiration. Les oscillations manométriques seraient inverses de celles qu'on observe dans la plèvre. Sûr d'être dans le péritoine, on pourrait alors insufler l'air et l'oxygène et substituer le gros trocart avec le cystoscope au trocart de Kuss. Je me propose d'essayer cette nouvelle technique dans le premier cas sans ascite que j'aurai à examiner.

* * *

Jacobaeus a pratiqué jusqu'ici 109 fois l'examen laparoscopique, dans 69 cas, savoir :

14 cas de cirrhose du foie ;
8 cas d'affection hépatique avec maladie de Pick ;
3 cas de syphilis hépatique ;
4 cas de foie cardiaque ;
5 cas de péritonite tuberculeuse ;
6 cas de tumeur de l'abdomen ;
10 cas d'affections diverses.

Au cours de ces examens, il a pu examiner l'état du foie, du péritoine pariétal, du péritoine viscéral et de l'intestin.

Le foie était de couleur et d'aspect différents dans la cirrhose de Laënnec, où l'on notait les granulations caractéristiques, dans la syphilis hépatique où l'on voyait l'aspect ficelé et les gommes à la surface de l'organe, dans la maladie de Pick où les bandes blanches de périhépatite étaient très visibles, dans les tumeurs où les bosselures et les noyaux néoplastiques étaient parfois très nets.

Le péritoine pariétal avait un aspect différent dans ces diverses affections ; les moindres détails se voyaient fort bien, notamment dans la péritonite tuberculeuse, où les granulations et les alvéoles fibro-caséeuses s'éclairaient très bien à la lampe du cystoscope.

Le péritoine viscéral et l'intestin paraissaient engaînés d'un tractus blanchâtre dans la maladie de Pick, recouverts de modules dans la péritonite tuberculeuse et de noyaux néoplasiques dans le cancer secondaire du péritoine.

La laparoscopie donne donc des renseignements de valeur ; mais son utilité absolue, comme l'a bien montré Jacobaeus, dépend de diverses circonstances. En tout cas, c'est un nouveau moyen d'exploration qui mérite d'entrer dans la pratique courante.

J'ai fait la laparoscopie chez deux malades de mon service, atteints tous deux de cirrhose de Laënnec. Chez le premier malade, la ponction fut faite trop bas pour que j'aie pu apercevoir le foie ; mais j'ai noté avec la plus grande exactitude l'état du péritoine pariétal et viscéral, qui était très rouge, injecté de nombreux vaisseaux. Cet état indiquait une intensité du processus inflammatoire expliquant la réapparition rapide de l'ascite et la cachexie du malade, qui succomba 15 jours après l'examen. Chez le second malade, la ponction faite plus haut me permit d'explorer complètement le grand épiploon et d'apercevoir le bord inférieur du foie. Il s'agissait d'une cirrhose de Laënnec, mais avec un péritoine moins rouge, moins enflammé que dans le premier cas. Le pronostic s'est superposé au résultat de l'examen laparoscopique, car le second malade est en bon état. Chez un troisième malade, la ponction, faite très haut, a permis d'explorer aussi le grand épiploon, une partie de la masse intestinale, le péritoine pariétal et d'entrevoir, au moment des inspirations, le bord inférieur du foie, caché entièrement sous les côtes, tant l'organe était petit. La rougeur et la vascularisation marquée du péritoine expliquaient la grande abondance du liquide et sa rapide réapparition. Dans ces deux cas, la laparoscopie s'est effectuée le plus simplement du monde sans le moindre incident.

La laparoscopie se justifie donc dans les affections hépatiques et dans les affections du péritoine. Peut-on l'utiliser dans les affections de l'intestin? Peut-être pourrait-elle rendre service dans les appendicites subaiguës ou chroniques, dans les typhlites, dans les colites ? Pour cela, il serait indispensable de perfectionner la technique de la laparoscopie sans ascite. Si le procédé que j'ai indiqué plus haut est vraiment pratique, il permettra d'élargir sûrement le cadre de la laparoscopie.

Jacobaeus, en créant d'abord un pneumothorax artificiel, a mis en valeur pour l'examen de la plèvre, sous le nom de thoracoscopie, le principe de la laparoscopie. Il fit pénétrer le trocart et le cystoscope entre deux espaces intercostaux. Il a fait la thoracoscopie dans 71 cas (pleurésie exsudative aiguë, pleurésie exsudative chronique, empyème pleural et pneumothorax thérapeutique de la tuberculose). Il a obtenu des résultats intéressants de ces examens. Bien que j'aie en ce moment dans mon service plusieurs cas de tuberculose pulmonaire traités par le pneumothorax artificiel, je n'ai pas osé pratiquer la thoracoscopie avec l'instrumentation actuelle. Le cystoscope nº 12 me paraît trop gros pour cette exploration. Avec un cystoscope nº 8 ou 9, s'il est possible de fabriquer des instruments aussi petits, l'examen ne semblerait pas offrir d'inconvénients.

(1) H. C. Jacobaeus, Ueber dei Möglichkeit die Zystoskopie bei Untersuchung seröser Höhlungen anzuwenden, *Muenchner med. Wochensch.* 4 oct. 1910, p. 2.090 — Kürze Ueberlicht über meine Erfahrungen mit der Laparo-thorakosokopie, sbt. 19 septembre 1911, p. 2.017. — Ueber Laparo und Thorakoskopie, *Klinische Beiträge*, 1912, Bd XXV, Heft 2, p. 186.

(1) Küss, Technique opératoire du pneumothorax artificiel, *Journal médical français*, 1912, p. 232.

(2) Gley, *Traité de physiologie*, 1910, p. 523.

Petite Enquête chirurgicale (1)

(Suite)

VII

Nous avons reçu de M. le Dr Jean-Louis Faure, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux, le billet suivant :

Monsieur,

La réponse à votre enquête ne me paraît pas douteuse. La balle appartient au malade. Elle fait partie de son corps comme une tumeur à un membre malade. Il a tous les droits sur elle. Le chirurgien n'en a aucun, il n'a qu'un devoir, celui de l'extraire.

Très sincèrement à vous.

FAURE.

VIII

M. le Dr Paul Reynier, chirurgien des hôpitaux de Paris, nous exprime son opinion dans les termes ci-dessous :

Monsieur,

La balle dont on fait l'extraction à un blessé lui appartient incontestablement. La justice a le droit de la mettre sous séquestre comme pièce à conviction. Mais le procès terminé, le blessé a le droit de la réclamer et on la lui rend.

Il a, en effet, payé assez cher le droit de garder cette balle. S'il veut la garder dans son corps, personne n'a le droit de s'y opposer, et s'il se la fait extraire, elle n'en reste pas moins sa propriété.

Croyez, Monsieur, à mes sentiments distingués.

PAUL REYNIER.

IX

M. le Dr Pierre Descomps, professeur agrégé des Facultés de Médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris, professe également une même opinion :

Il n'y a pas de doute, la balle appartient au blessé. Et je ne vois même pas les raisons que le chirurgien peut bien faire valoir pour justifier ses prétentions ; car ce serait évidemment à lui, à faire la preuve de son droit de propriété sur le projectile.

PIERRE DESCOMPS.

X

M. le Dr Guiard nous fait tenir la consultation suivante :

Monsieur l'administrateur,

Vous me demandez de répondre à votre *Petite enquête chirurgicale* sur la question de savoir si une balle extraite par un chirurgien est la propriété de ce chirurgien ou celle du malade.

Adonné depuis trente ans à la spécialité des maladies des voies urinaires, je n'ai pas eu l'occasion d'extraire des balles du corps de mes clients, mais j'ai enlevé par la lithotritie ou par la taille plus de trois cents calculs, dont certains si volumineux que j'aurais aimé à les conserver. Quelques malades me les ont abandonnés sans difficulté ; d'autres ont voulu les garder et j'ai pensé que je n'avais qu'à m'incliner.

Il y a six mois encore, je retirais par la taille sus-pubienne, chez un malade du Dr Marcigney, un calcul du poids de 260 grammes, mesurant 8 centimètres de longueur, sur 6 1/2 de largeur et 4 d'épaisseur. En raison des dimensions tout à fait exceptionnelles de cette pierre, il m'aurait été agréable d'en rester possesseur, cependant, la famille ayant exprimé le désir de ne pas s'en séparer, je me suis borné à en faire exécuter des moules en plâtre pour le Dr Marcigney, pour mes aides et pour moi, et j'ai laissé la vraie pierre aux enfants de l'opéré. C'est vous dire que c'est au malade et non pas à l'opérateur que revient légitimement, suivant moi, la propriété de tout corps étranger extrait chirurgicalement de son individu et je me suis tonte ma vie comporté en pratique d'après cette opinion.

Veuillez agréer, Monsieur l'Administrateur, l'expression de mes sentiments très distingués.

Dr GUIARD.

XI

M. le Dr Victor Pauchet, chirurgien des hôpitaux d'Amiens, défend non sans humour les droits des chirurgiens :

Monsieur le Directeur,

Une pièce anatomique prélevée chez un opéré appartient au chirurgien ; il en est de même d'un projectile sans valeur. Il est certain que si la dame avalait son collier de perles, ce dernier reviendrait de droit à la malade. Pour le reste, je considère qu'il est la propriété de l'opérateur.

Agréez l'expression de mes sentiments distingués,

PAUCHET.

XII

M. le Dr Guermonprez, de Lille, nous adresse la très intéressante consultation suivante :

Il est de tradition que le membre amputé, de même que le corps étranger extirpé, devienne la propriété du chirurgien, qui a pratiqué l'opération. C'est trop souvent l'unique dédommagement. C'est, éventuellement, le document scientifique pour justifier l'acte chirurgical et pour perfectionner l'art dans quelqu'un de ses modes de réalisation. Dans quelques circonstances (s'il s'agit d'un membre atteint de néoplasme gangréné), c'est une attention professionnelle qui supprime tout souci du danger, même son souvenir matériel. En cela, le devoir est corrélatif du droit du chirurgien.

Cependant il existe une hiérarchie dans les droits et dans les devoirs.

De même que tous les autres, le corps médical est soumis au *Salus populi suprema lex*. Sa meilleure tradition consiste à faire abnégation de soi-même pour se rendre utile au blessé, que l'on soigne.

Naguère, il y avait un tableau dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Paris. Le sujet rappelait l'audacieuse initiative d'Ambroise Paré au siège de Turin ; mais l'inscription, gravée dans la pierre, s'adressait, non seulement au Père de la Chirurgie française, mais aussi à tous ses successeurs du Service de santé de l'armée française : *ils étanchent le sang versé pour la patrie.*

C'est avec désintéressement et même avec zèle, que le chirurgien militaire français rend service au blessé de la guerre. Voilà pourquoi il fait abnégation de son droit professionnel et fait honneur au droit du soldat, qui a souffert pour la patrie.

D'ailleurs, un chirurgien le sait mieux que tout autre : quelque jour chacun doit mourir.

Si le chirurgien bulgare meurt le premier, le souvenir matériel sera de peu de valeur pour ses héritiers.

Si vient à survivre le blessé de l'armée des alliés balkaniques, l'objet qui est un souvenir matériel peut avoir la valeur d'une pièce à conviction. Après sa mort, ce sera encore une relique glorieuse pour ses héritiers.

Ainsi s'établit, au profit du blessé, sinon un droit explicite, du moins un quasi droit. Je suis d'avis de le respecter.

Dr GUERMONPREZ.

XIII

Nous avons reçu de M. le Dr Michel, chirurgien consultant des hôpitaux de Marseille, la curieuse consultation suivante :

Monsieur le Directeur de la *Gazette Médicale, Paris.*

Votre lettre du 25 février m'atteint à Cannes où je me suis retiré. Bien que n'exerçant plus la médecine depuis plusieurs années, votre referendum me paraît si intéressant que je romps pour lui le silence que je m'étais imposé.

A mon avis, la balle appartient exclusivement au blessé à qui on en a fait « cadeau », cadeau cuisant.

Elle fait, depuis l'instant de la blessure, partie du corps du blessé au même titre qu'un corps étranger pathologique et, par suite, devient une partie de son « moi ».

L'opérateur n'a pas plus le droit d'en réclamer la possession pour l'avoir extraite de là où l'on savait qu'elle était — ou devait être — que l'ouvrier qui est chargé, par suite de sa profession, de retrouver un objet que le propriétaire ne peut reprendre par ses propres moyens.

Et si la présence de la balle dans les tissus était insoupçonnée, si elle était *découverte* par un opérateur n'ayant pas mandat pour l'extraire, tout au plus celui-ci pourrait-il invoquer l'usage régissant la découverte des trésors, et en réclamer la moitié.

En résumé, la balle appartient au blessé. Avant, elle appartenait à l'ennemi à qui le blessé ne peut la rendre, et la prétention de l'opérateur de se l'approprier est de même nature que celle du juge qui mange l'huître que réclament les deux plaideurs.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Dr MICHEL.

(1) Voir la *Gazette médicale de Paris*, n° 193, du 9 avril 1913, p. 113, col. 1.

Des Enseignements médico-chirurgicaux DE LA GUERRE DES BALKANS

(Campagne de Thrace de 1912)

Par M. le Médecin Inspecteur général DELORME

L'étude des enseignements de la guerre des Balkans est pleine d'intérêt au point de vue chirurgical puisque les blessures observées sur les Bulgares sont identiques à celles qu'en cas de conflit européen, nos chirurgiens auraient à soigner ; les projectiles employés par l'armée turque étant ceux en usage dans l'armée allemande.

M. le médecin inspecteur général Delorme, dans une communication qu'il vient de faire à l'Académie, s'est attaché à tirer de cette campagne, les enseignements qu'elle comporte sur le rôle des évacuations des blessés et leur influence générale sur la marche des blessures. C'est là une question des plus importantes de la chirurgie de guerre puisqu'à l'heure actuelle, la formule adoptée est l'évacuation intensive à grande distance des blessés. L'expérience de cette campagne montre qu'elle a été préjudiciable et parfois dangereuse, aussi bien pour les blessés bulgares que pour les blessés turcs.

C'est le 20 octobre 1912 que l'armée bulgare a commencé ses opérations en Thrace

Sa mobilisation s'est faite sans fatigue pour les troupes qui sont résistantes, bien entraînées, bien nourries. Le service de santé de première ligne est bien organisé. Il est du reste calqué sur le service de santé militaire français. Dans les hôpitaux du territoire, les blessés doivent être confiés à des Sociétés de Secours étrangères, lesquelles, grâce aux circonstances et en l'absence d'autres conflits européens ont pu se mettre à la disposition du gouvernement bulgare. Du 20 au 30 octobre se livrent le combat de Mustapha-Pacha, les batailles sanglantes de Kirk-

Kilissé, de Lulle-Bargas. La marche a été foudroyante et héroïque, mais déjà contrairement à ce qu'on a observé dans la guerre de Mandchourie, sous un climat tout autre, la dysenterie fait de cruels ravages ; elle rend indisponible la moitié de certains effectifs et le choléra commence à apparaître. Devant les lignes de Tchataldja (17, 18, 19 novembre), les blessés sont nombreux. L'armistice met un terme passager aux hostilités.

L'armée turque avait été surprise en pleine organisation ; ses effectifs étaient fatigués, mal nourris, parfois affamés. Le service de santé de première ligne était presque inexistant. La direction chirurgicale des hôpitaux de Constantinople, centre désigné des évacuations, était confiée à des Sociétés de Secours étrangères qui rien, comme en Bulgarie, n'avait empêché de se mettre à la disposition du Gouvernement turc. A chaque bataille les pertes en blessés avaient été considérables et combien d'abandonnés seront portés parmi les morts et les disparus. Dès Kirk-Kilissé, la dysenterie sévit avec violence sur des effectifs faméliques, passant comme ceux des Bulgares, les journées et les nuits dans la boue, sous une pluie continuelle et parfois torrentielle. Les premiers atteints, ils sèment la contagion sur les terrains qu'ils abandonnent. Importé par les troupes d'Asie, le choléra fait de cruels ravages dès Lulle Bargas.

Du côté bulgare comme du côté turc, les pertes en blessés et en malades avaient été considérables, subites ; elles atteignaient ou dépassaient plus de la moitié des effectifs. C'est aux routes ou à la voie ferrée qu'on les confie, à l'évacuation intensive qu'on s'attache.

Or, si le service de santé de première ligne semble avoir bien fonctionné à l'armée bulgare, le service de l'arrière dont dépend celui des évacuations, n'avait pas été organisé de manière à satisfaire aux exigences les plus impérieuses des blessés et du service de santé. En raison de l'absence de voies ferrées utilisables sur le territoire envahi et de l'éloignement des voies du territoire national, on dut recourir au transport sur routes. C'est sur des voitures de paysans traînées par des bœufs faisant 2 à 3 kilomètres à l'heure, suivant rarement des routes, souvent des chemins de fortune ou des pistes les unes et les autres défoncées par des pluies continuelles dans un pays dévasté, incendié, sans ponts sur les ruisseaux débordés, que ces blessés furent transportés sans s'arrêter en route dans des gîtes hospitaliers, sans être accompagnés et soignés par les chirurgiens nécessaires. Le trajet qui durait de 4 à 10 jours et plus, se prolongea pour certains blessés, jusqu'au vingtième jour par une évacuation en wagon. Nul ne saura les souffrances éprouvées par ces malheureux et la proportion de ceux qui ont succombé en route, victimes inutiles. A l'arrivée dans les hôpitaux du territoire, un grand nombre de plaies dont les pansements n'avaient pas été renouvelés étaient infectées et compliquées.

Plus favorisés que les Bulgares, les Turcs possédaient pour leurs évacuations une voie ferrée, la voie Andrinople-Constantinople ; les distances à parcourir étaient peu considérables et d'autant moindres qu'ils se rapprochaient davantage de Tchataldja. Mais la voie unique prise pour le transport des troupes, du matériel, des vivres, envahie par les fuyards et les populations, encombrée par des déraillements incessants, ne fut que rarement utilisée en temps voulu pour les blessés. Bientôt les malades l'accaparèrent, après avoir, avec de grandes difficultés à pied, moins souvent sur des chariots, dans des terrains défoncés, sous la pluie, franchi de longs parcours, jusqu'à 80 kilomètres pour atteindre la voie ferrée ; les blessés arrivés à la station, avaient à attendre les trains pendant des journées et parfois il fallait à ces derniers, plus d'un jour pour franchir 30, 40 kilomètres. Mal ou non pansés sur le champ de bataille ou à proximité, ils arrivaient à Constantinople présentant le plus souvent des complications les plus graves.

Lorsqu'on n'examine pas seulement les résultats obtenus dans certains hôpitaux éloignés, ou on rencontre surtout des cas légers et de guérison facile, mais quand on suit les blessés du champ de bataille sur la ligne d'étapes jusqu'aux territoires nationaux, on constate que le tableau optimiste qu'on nous a dépeint est loin d'être exact. La formule *pansement immédiat et évacuation intensive à distance* en usage dans les armées n'ont pas de réalisation toujours aussi pratique et aussi avantageuse pour les blessés qu'on l'admet communément. La guerre de Thrace le démontre bien.

Avec l'autorité qu'il possède, M. Delorme tire déjà de l'expérience de cette campagne les déductions suivantes qui lui sont personnelles.

1° Quand, comme dans l'armée turque, le service de santé sur le champ de bataille éprouve de trop grandes difficultés pour assurer le traitement primitif des blessures, il est indispensable qu'un point de concentration des blessés au nœud des routes on sur la voie ferrée à distances et à temps voulus, il établisse des échelons *d'arrêt*, dans lesquels le service des postes de secours et des ambulances sera repris.

2° Quand la lenteur de l'évacuation sur route qui précède celle sur voie ferrée, quand le long temps et les difficultés de cette dernière, surtout en cas de recul, force à prolonger l'évacuation pendant la période d'infection suppurative des plaies, il est très dangereux de continuer cette évacuation sans assurer aux blessés infectés les soins que réclame leur état, soins qui peuvent s'étendre jusqu'au renouvellement de la plupart des pansements. Ces renouvellements ne pourront être exécutés dans des wagons, c'est dans les gares ou à proximité des gares, dans des *centres de pansement* abondamment pourvus de personnel et de matériel de pansement qu'il doit s'exécuter. Le nombre de ces centres sera en rapport avec la lenteur des trajets Il y a lieu dans ce cas de discuter l'opportunité d'*évacuations à courte distance*, partielles ou totales sur des centres urbains, d'*évacuations par échelons successifs*, d'*évacuations à distance avec arrêt aux centres de pansement*, ce qu'on n'a pas fait jusqu'ici. Si le transport marche mal, la plaie évolue toujours, des accidents sont à craindre que des soins appropriés apportés à temps peuvent juguler, la chirurgie des plaies compliquées doit avoir les mêmes exigences dans la pratique de la chirurgie de guerre que dans un service d'hôpital, dans la chirurgie journalière.

3° Quand, comme dans l'armée bulgare, la ligne d'évacuation sur route est d'étendue considérable et que les circonstances rendent le transport très lent et difficultueux, il y a lieu d'installer sur la ligne d'étapes, à chaque deux ou trois étapes tout au moins, des *centres de pansement*, où les pansements si nécessaires pendant la période intermédiaire suppurative (3e ou 9e jour) seront non seulement surveillés mais *repris, renouvelés*, sinon des centres à la fois d'hospitalisation *et de pansements*. Le repos des malades et des blessés n'entre pas assez dans les préoccupations de ceux qui règlent les évacuations.

4° La conception qui, en vue du *déblaiement* d'un champ de bataille, transforme les postes de secours et les ambulances en *ateliers d'emballage et d'expédition* et qui considère l'évacuation massive à grande distance du plus grand nombre des blessés comme la suite de cette première œuvre est une conception d'un mécanisme administratif et non chirurgical, dans laquelle n'entre ni assez de cœur, ni assez de pitié. Elle ne tient pas compte des difficultés de la tâche à remplir ni de ses aléas.

M. le médecin inspecteur général Delorme s'est, jusqu'ici, toujours élevé contre cette conception cruelle. L'expérience de la guerre bulgare confirme la justesse de ses idées.

5° A entendre répéter sans cesse que sous un premier pansement aseptique, la guérison des blessures de guerre est facile, sûre et constante, on a fini par croire que le transport d'un blessé n'était guère autre que celui d'un homme valide et à faire oublier les soins qu'il réclame pendant ce transport. Des chirurgiens ont ainsi contribué à faire méconnaître là l'intelligence, la délicatesse et la partie de notre rôle à tel point que des personnalités étrangères aux choses médicales ont cru pouvoir se charger entièrement des évacuations, les diriger pour le malheur des blessés.

6° Le service des évacuations des blessés sur route n'aura sa souplesse et n'offrira toutes garanties, d'une façon générale, qu'autant que le service de santé disposera de ses moyens de transport à lui et que le sort des blessés ne sera pas lié à la marche rétrograde de voitures administratives dont le retour rapide aux centres de ravitaillement de l'avant est une condition recherchée.

7° L'évacuation en malades et blessés de plus de la moitié de l'effectif des armées combattantes est une charge écrasante. Elle l'a été pour l'armée victorieuse bulgare forte de 250.000 hommes. Elle le serait bien davantage s'il s'agissait d'armées de plus d'un million d'hommes.

HÉMORROÏDES ET VARICES

Les hémorroïdes et varices sont des affections fréquentes de la grossesse. La plupart du temps symptomatiques, les hémorroïdes de la grossesse sont passagères et disparaissent après l'accouchement, mais souvent elles peuvent être essentielles, dépendre d'un état général antérieur et persister par la suite, parfois avec aggravation. Dans un cas comme dans l'autre, elles sont cause de douleurs, d'une gêne incessante, qui compliquent fort désagréablement un état pénible par lui-même. Souvent aussi elles sont l'origine d'accidents secondaires ; elles peuvent être le siège d'une inflammation, s'accompagner d'hémorragies, ou encore donner lieu à un prolapsus.

Bien que passagères, les hémorroïdes de la grossesse demandent à être traitées médicalement. On a recours généralement pour cela à des moyens hygiéniques, à une diététique, et à des agents médicamenteux.

On veillera à faire observer à la malade quelques exercices modérés, à lui prescrire un régime diététique approprié, en diminuant son alimentation carnée, ou riche en albuminoïdes, en lui recommandant un usage modéré de viandes, d'œufs, et en augmentant parallèlement son alimentation végétale. On surveillera l'exonération du tube digestif, et l'on cherchera à éviter toute constipation.

On complétera ces soins en faisant prendre

comme médicament, soit de l'extrait fluide d'hydrastis canadensis, soit de l'extrait fluide d'Hamamelis virginica. Mais, ces deux préparations dont on a vanté pendant longtemps les heureux effets thérapeutiques, sont souvent inefficaces. Leur action sur le système vasculaire général ne les recommande en outre que faiblement dans les cas de grossesse.

On se trouve donc réduit la plupart du temps, en dehors des traitements hygiéniques et diététiques, à un traitement local, bains de siège fréquemment répétés, lavements très chauds, ou comme l'a proposé Halbhuber, irrigations d'eau froide répétées plusieurs fois par jour.

Mais ces divers traitements ne sont que des palliatifs permettant seulement d'atténuer quelque peu la douleur.

Il y a plus et mieux à faire qui est de soulager réellement le malade, tout en lui évitant si possible toutes les complications secondaires, cortège habituel des hémorroïdes. Or, le Dr Artault de Vevey avait signalé, il y a déjà quelques années, les propriétés très remarquables du Marron d'Inde sur les hémorroïdes, et en particulier sur les douleurs des crises hémorroïdaires (Académie de Médecine, 1896).

Le traitement fut essayé et les propriétés signalées furent contestées.

Ces divergences d'opinion des expérimentateurs sont la conséquence de l'emploi de produits médicamenteux mal préparés et de qualité très variable.

« Si le Marron d'Inde n'agit pas, écrit en effet le Dr Artault, c'est que la préparation a été mal faite, ou qu'il y a eu erreur de diagnostic. »

Il était donc tout indiqué de reprendre l'étude d'un médicament aussi intéressant, le seul qui, jusqu'ici, paraissait donner des résultats thérapeutiques certains contre les hémorroïdes.

Le Marron d'Inde n'agit qu'autant que la « molécule organique, sous laquelle le principe actif du Marron d'Inde se trouve dans la plante, reste intacte », écrivait le Dr Artault (*Bull. Sc. Pharm.* 1908). Cette molécule est très fragile ; la dessiccation du fruit, les manipulations diverses nécessaires pour obtenir les préparations ordinaires, sont autant de causes facilitant son dédoublement, et altérant plus ou moins profondément sa valeur thérapeutique. Il devenait donc intéressant de rechercher, comme l'ont démontré les Professeurs E. Perrot et A. Goris (Académie de Médecine 1909) si, en appliquant au Marron d'Inde la méthode de stabilisation des plantes, et de préparation des « intraits », on ne parviendrait pas à isoler du Marron d'Inde cette molécule organique, physiologiquement active.

L'intrait est, en effet, *un produit biologique*, par opposition au principe actif cristallisé, mort biologiquement. Il en résulte que l'action de l'intrait est à la fois plus vive, plus efficace, plus durable, que celle du principe actif cristallisé.

L'intrait de Marron d'Inde ainsi obtenu présente toutes les qualités thérapeutiques que le Dr Artault signalait depuis 1898 et son étude physiologique faite par Joanin, montre qu'il exerce réellement une action constante sur le système veineux.

L'Intrait de Marron d'Inde Dausse peut entrer dans la prescription de toutes les formules magistrales mais, en raison des doses fractionnées qu'il est souvent utile de prescrire, il est préférable de l'employer en solution étendue à 5 0/0, qu'on administre par gouttes.

Dans ces conditions, l'Intrait de Marron d'Inde agit vite, d'une façon constante, et à doses relativement faibles. Son action s'exerce dans tous les cas où il est indiqué, alors que les préparations ordinaires de Marron d'Inde, employées à hautes doses, étaient restées inefficaces.

L'Intrait de Marron d'Inde Dausse agit presque immédiatement sur l'élément douleur des crises hémorroïdaires ; souvent des douleurs existant même depuis plusieurs jours disparaissent totalement. Cette action, en quelque sorte analgésique, se produit toutes les fois que ces douleurs sont dues à des phénomènes purement congestifs. Lorsque concurremment il existe de la douleur fissuraire, cette dernière ne disparaît évidemment que par le traitement de la fissure.

OBSERVATION II. — *Hémorroïdes*

Melle, F..., 17, ans. Parents arthritiques ; anémie par suite de surmenage, avec suppression des époques. Chaque mois, à la date correspondante aux époques, poussées douloureuses d'hémorroïdes, accompagnées d'un certain œdème généralisé des membres inférieurs. Insuccès de l'alcoolature de Marron d'Inde. Prescription de V gouttes de la solution d'Intrait à 5 0/0, au moment d'un paroxysme violent, le soir à 10 heures : disparition de la douleur en 40 minutes, nuit calme et reposante. La douleur ne reparaît pas le lendemain matin.

Mêmes incidents et mêmes résultats le mois suivant.

OBSERVATION VIII. — *Varices.*

Mme A. D..., 30, ans, infirmière. A eu 2 enfants. Depuis sa dernière couche, datant d'un an, varices des membres inférieurs très saillantes, paquet vermiculaire au creux poplité droit, au point de gêner la flexion de la jambe sur la cuisse. Par excès de travail, varices très tendues, tres douloureuses. Coup-de-pied œdématié. Douleurs sourdes et continues, telles qu'elle songe à abandonner son service. Administration de 5 gouttes, avant chaque repas, de la solution à 5 0/0. Le troisième jour, la souffrance est très diminuée, il semble que les jambes soient plus légères. Le cinquième jour les douleurs ont disparu. Continuation du traitement. Au bout d'un mois, les paquets variqueux sont affaissés, les varices ne se dessinent plus en relief : au creux poplité, diminution de la moitié du paquet variqueux. Le traitement est continué encore un mois.

Trois mois après la suspension du traitement, et sans que le service pénible ait été arrêté un instant, il n'existe plus aucune gêne due aux varices. Au moment des époques seulement elles sont légèrement tendues.

La dose moyenne de l'Intrait de Marron d'Inde dont l'usage se trouve naturellement indiqué dans les cas de phlébite si fréquents chez les femmes nouvellement accouchées, est de dix à douze milligrammes par jour, pour un traitement prolongé. Il n'existe *aucune contre-indication* à son emploi, pendant la grossesse, et même ensuite, pendant la période d'allaitement.

L'Intrait de Marron d'Inde s'emploie de préférence sous forme de solution à 5 0/0. 10 gouttes de cette solution renferment 1 centigramme d'Intrait.

Dans les cas d'hémorroïdes, on administrera matin et soir, ou avant chaque repas, 5 *gouttes de la solution*, dans un peu d'eau. Si les douleurs sont trop violentes, on pourra augmenter ces doses jusqu'à la dose adéquate à l'intensité des douleurs.

Dans les cas de varices, phlébites, etc., toutes les fois que la médication devra être continuée pendant plusieurs semaines et davantage, l'administration de 5 gouttes de solution d'Intrait, deux fois par jour, sera la dose à recommander. Il n'y aurait aucun avantage à l'augmenter.

REVUE CLINIQUE

Trois cas de contagion de la diphtérie par des porteurs de bacilles à foyer méconnu

Par M. le Dr G. CAUSSADE et M. E. JOLTRAIN

La contagion de la diphtérie par les porteurs de germes pose un des problèmes de prophylaxie les plus importants et les plus difficiles à résoudre.

Bien que, depuis la découverte du bacille de Klebs-Löffler, de nombreux travaux aient paru sur cette question, elle est encore des plus complexes ; les solutions proposées, dans un but prophylactique, sont plus théoriques que pratiques, les cas sont tout à fait différents les uns des autres et, à chacun d'eux convient, pour ainsi dire, une formule nouvelle.

A ce titre il nous a paru intéressant de rapporter trois cas qu'il nous a été donné d'observer. Nous ferons d'abord un exposé simple des faits, pour essayer de mettre ensuite en valeur les enseignements qu'ils comportent.

OBS. I. — Sim. D..., âgée de 9 ans, se plaint, le 2 mai 1912, d'un léger mal de gorge : la température monte à 38 degrés ; la mère, habituée à voir l'enfant atteinte assez souvent d'amygdalite banale, se contente de faire quelques grands lavages, et l'enfant, considérablement améliorée, sort deux jours après, ne se plaignant que d'une faiblesse générale et ne présentant comme unique symptôme qu'une légère pâleur de la face. Cet état persiste jusqu'au 10 mai, où l'enfant est brusquement prise, au milieu de la nuit, de céphalée intense, de vomissements répétés alimentaires et bilieux ; elle se plaint de douleurs assez vives dans le nasopharynx et respire très difficilement. Lorsque nous voyons l'enfant, le lendemain matin de bonne heure, son état général est des plus inquiétants, la face est pâle, la respiration difficile, les fosses nasales paraissent obstruées, et la gorge tout entière (surtout voile du palais et amygdale gauche) est tapissée de fausses membranes qui ne laissent guère de doute sur la nature de l'affection. Un examen direct du produit de raclage d'une de ces fausses membranes, étalée sur lame et colorée au bleu, montre la présence d'un grand nombre de bacilles diphtériques. On injecte aussitôt 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique et, le soir même, les fausses membranes ne s'étant pas détachées, on injecte de nouveau 40 centimètres cubes. L'état resta des plus graves pendant cinq à six jours et la petite malade reçut jusqu'à 220 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Enfin, la guérison survint, mais l'étiologie d'une part et la longue persistance des germes dans la gorge d'autre part constituent les particularités les plus intéressantes de cette observation, en apparence banale.

Une enquête étiologique minutieuse, à laquelle nous nous sommes, en effet, livrés, nous a permis de reconstituer la façon dont l'enfant avait été contaminée. Dix jours avant l'apparition des premiers phénomènes, l'enfant avait, en effet, joué avec un petit garçon habitant la même maison, qui avait été lui-même atteint, quinze jours auparavant, d'une légère angine, considérée comme une angine grippale, et qui avait très rapidement guéri sans laisser de trace. Or, la présence de phénomènes paralytiques consécutifs a permis de faire rétrospectivement le diagnostic de diphtérie chez cet enfant.

La petite fille qui fait le sujet de cette observation fut l'objet d'autres cas analogues, qui furent constatés dans son école, et qui datèrent certainement de la période où, en apparence guérie, l'enfant avait encore dans sa gorge de nombreux bacilles diphtériques, qui occasionnèrent les phénomènes graves consécutifs. Pendant près d'un mois, des prélèvements répétés dans la gorge, malgré une thérapeutique énergique (petites doses de sérum antidiphtérique, grands lavages continus, attouchements à la teinture d'iode), révélèrent du bacille diphtérique. Longtemps après la guérison, cette petite malade restait donc « porteur de germes ». C'est ainsi qu'elle contagionna son frère, qui avait d'abord été isolé, et auquel on avait donné la permission de revenir près de sa sœur *lorsque les ensemencements étaient restés négatifs.*

Un autre cas, que nous avons eu l'occasion d'observer en 1908, est encore plus saisissant par son allure dramatique.

Nous ne donnons ici que le résumé de l'observation.

OBS. II. — Le Dr R..., médecin de quartier à Paris, vint nous consulter parce qu'il ressentait de légères douleurs à la déglutition, sans avoir rien observé de suspect dans sa gorge. Il désirait surtout que nous fassions des prélèvements pour rechercher le bacille diphtérique, parce qu'il avait, en effet, soigné, cinq jours auparavant, un enfant atteint de diphtérie grave, et qui avait d'ailleurs rapidement succombé. Il se

rappelait, en outre, qu'en examinant la gorge de ce bébé, il avait senti quelques projections l'atteindre au visage.

Nous avons aussitôt insisté vivement auprès de notre confrère pour qu'il se laisse faire. par prudence, une injection de sérum, mais *il s'y refusa catégoriquement, redoutant*, disait-il, *des accidents anaphylactiques*. Sa crainte était légitimée par ce fait que, six mois auparavant, ayant eu une plaie souillée de terre, il s'était, lui-même, fait une piqûre de sérum antitétanique qui avait déterminé un érythème toxique et des douleurs articulaires très violentes. Nous avons pratiqué plusieurs prélèvements du mucus qui recouvrait les amygdales, le voile du palais et l'entrée des fosses nasales, l'aspect de la gorge ne nous ayant révélé qu'un érythème diffus sans présence d'aucune fausse membrane. L'ensemencement sur plusieurs tubes de sérum de bœuf et les examens sur lames, colorées au bleu de Roux, restèrent absolument négatifs. Nous avions cru pouvoir rassurer entièrement notre confrère sur son état, lorsque six jours après nous apprenions qu'il avait été pris brutalement, après une amélioration passagère, de phénomènes d'asphyxie des plus graves. Le malade entra dans notre service à l'hôpital Tenon. Là, malgré des injections répétées de sérum antidiphtérique, les accès de suffocation devinrent plus nombreux, une trachéotomie pratiquée d'urgence n'amena pas la sédation des accidents et le malade mourut peu de temps après de collapsus cardiaque, en pleine connaissance.

Quelque temps avant sa mort, il avait rejeté dans un dernier effort une longue fausse membrane, d'apparence chevelue, donnant le moule des premières bronches. Il avait donc succombé à une diphtérie bronchique, sans doute consécutive à l'infection du naso-pharynx qui avait passé inaperçue lors de notre premier examen.

Nous n'aurions peut-être pas eu à déplorer la mort de notre malheureux confrère si nous avions trouvé des germes diphtériques lors de notre examen et surtout si la crainte d'accidents anaphylactiques ne l'avait empêché de suivre notre conseil en se faisant une injection de sérum antidiphtérique précoce.

Obs. III. — S... (S.), âgée de 15 ans, est atteinte au commencement d'octobre d'une angine à fausses membranes, avec température très élevée et sans grande atteinte de l'état général. Bien que deux jours après la guérison soit presque complète, et que l'on ne pense pas à la diphtérie, l'enfant ayant déjà eu trois ans auparavant une angine diphtérique constatée bactériologiquement et, il y a six mois, une nouvelle atteinte, on nous prie de pratiquer un examen du mucus amygdalo-pharyngien et nasal. Les frottis sur lames colorées au bleu montrent un grand nombre de bacilles moyens, et l'ensemencement sur sérum de bœuf permet d'identifier ces germes qui sont, à n'en pas douter, des bacilles diphtériques.

L'enfant étant guérie on ne lui fit point d'injection de sérum antidiphtérique, et dix jours après un nouvel examen nous donnait encore les mêmes renseignements positifs ; cette malade était un « porteur de germes convalescent ». On pratiqua une désinfection soignée du nez et de la gorge par des attouchements à l'électrargol et à la glycérine iodée, et à quelque temps de là sa famille la laissa retourner à l'école. Quelques cas de diphtérie ayant été signalés dans son entourage, on nous pria de faire à nouveau des prélèvements dans sa gorge et dans son naso-pharynx. Ceux-ci, pratiqués un mois et demi après la guérison de l'angine, nous montraient encore, de la façon la plus manifeste, la présence de bacilles diphtériques. On ne pouvait donc guère conserver de doute sur la contamination par cette enfant des compagnes au contact desquelles elle s'était trouvée avant disparition définitive des germes dont elle était porteur.

En résumé, notre première malade : 1° est contaminée par un porteur de germes convalescent, méconnu : elle-même, atteinte d'une angine de nature inconnue, se trouve porteur de bacilles et contamine d'autres personnes ; 3° elle est susceptible de conserver longtemps après la guérison de son affection du bacille dans son naso-pharynx et d'être ainsi, après examen de la gorge négatif, l'origine d'une angine diphtérique contractée par son frère.

Notre deuxième malade, médecin de quartier, contaminé en soignant un petit malade, reste porteur de germes en certaines cavités de ses fosses nasales ou de son pharynx, alors que l'ensemencement de la gorge ne permet pas leur découverte et il est ensuite atteint d'une diphtérie bronchique qui l'emporte.

Enfin, notre troisième malade conserve dans sa gorge, pendant deux mois, des bacilles diphtériques, après une angine très légère, ayant guéri sans sérum ; elle est l'origine d'une petite épidémie d'école, et on peut même se demander comme c'est, chez cette malade, une troisième atteinte d'angine diphtérique, si, depuis trois ans, cette enfant n'est pas porteur de germes.

Ces cas nous ont paru dignes d'être rapportés, bien que rentrant dans un groupe de faits connus, parce que ces malades représentent à la fois des types de porteurs précoces et de porteurs convalescents.

M. Sacquépée (1), dans une revue générale récente sur les porteurs de germes (bacilles diphtériques) a relaté de nombreux cas analogues qui ont aujourd'hui été retrouvés dans tous les pays. La persistance du bacille chez les malades, en apparence guéris, est relativement assez fréquente. Elle a été mise en lumière dès les premières recherches sur le bacille de Löffler. Roux et Yersin le retrouvaient dans la gorge au onzième jour chez un malade, au quatorzième chez un autre, après la chute des fausses membranes. Löffler le décelait encore après trois semaines. Les travaux ultérieurs ont confirmé ces premières indications et, si les très longues persistances sont rares, il n'en est pas moins vrai qu'on peut retrouver le bacille au bout de plusieurs mois et même, suivant certains auteurs, de plusieurs années. (Prip, quatre ans ; Neisser, huit ans (1).

Une autre difficulté, dans les cas que nous venons de signaler, résultait des ensemencements restés négatifs alors que le bacille existait encore en quelques diverticules où il se tenait caché.

Il n'est pas rare de constater des périodes pendant lesquelles, même chez des porteurs, on ne peut déceler les bacilles. Tantôt cela tient à ce que le prélèvement porte sur une région vierge, la région voisine pouvait être bacillifère. C'est ce qui s'est passé chez le Dr R... où l'ensemencement de la gorge et du nez restait négatif, alors que le naso-pharynx contenait des germes. Tantôt l'action des substances antiseptiques ou des grands lavages n'a détruit que les bacilles superficiels, comme cela est arrivé dans le cas de la petite S. D...

Sevestre et Méry, Fisher, Jochmann et Prip ont signalé ces intermittences pouvant se répéter à trois ou quatre examens, alors que la culture suivante se montrait positive. Ils ont même relaté des faits analogues aux nôtres, où certains malades libérés après plusieurs recherches négatives et rendus à d'autres milieux, ont ensuite contagionné leur entourage.

Nous avons vu, dans deux cas, nos malades être l'origine d'épidémies d'école, et dans l'un d'eux la contamination d'un compagnon, malgré la désinfection du local. L'on connaît bien aujourd'hui ces faits et l'on décèle, par la recherche

(1) Les porteurs de germes (bacille diphtérique), par E. Sacquépée, *Bull. Institut Pasteur*, 30 août 1910.

(1) Loffler (Greifswald). Die Verbreitung der Diphterie durch sogenannte « Dauerausscheider » und « Bazillen Träger ». *Klin. Jahrb.*, t. XIX f. 4, p. 497-518.

des porteurs de germes, les causes de certaines épidémies scolaires persistant malgré toutes les désinfections des locaux et l'isolement des malades. Une des plus instructives à cet égard est celle dont parle Vervoort, qui relate une épidémie de diphtérie dans une école à Amsterdam, d'octobre 1906 à mars 1907 ; bien qu'on ait fermé l'école à plusieurs reprises et pratiqué toutes les mesures hygiéniques désirables, toujours de nouveaux cas se présentaient ; deux enfants et une institutrice étaient, en effet, porteurs de bacilles. Nishino (de Tokio) qui a pratiqué au Japon de nombreuses recherches bactériologiques sur l'entourage des diphtériques et qui vient de publier une des statistiques les plus complètes que nous possédions sur cette question, a trouvé dans les familles des malades 6 p. 100 de porteurs de germes.

Enfin, la sérothérapie, dans une de nos observations et les attouchements les plus variés dans l'autre, n'ont produit aucun des résultats qu'on en attendait. Nous avions conseillé l'application locale d'un sérum antimicrobien desséché, suivant la méthode de M. Martin, sachant que MM. Dopter, Sicard, Sicre ont obtenu par ce moyen la guérison bactériologique chez quelques convalescents bacillifères. C'est peut-être à cette thérapeutique que nous avons dû de ne plus retrouver, lors d'un examen récent, de bacilles dans la gorge de la petite S. D...

De ce qui précède, nous croyons pouvoir tirer les deux conclusions pratiques suivantes :

1° Il faut se méfier que la crainte exagérée d'accidents anaphylactiques, d'ailleurs problématiques, empêche les malades de se soumettre aux injections de sérum antidiphtérique dans tous les cas suspects et, en particulier, chaque fois que ces malades ont été en contact avec des diphtériques et alors même qu'un examen bactériologique aurait été négatif.

Même après guérison apparente, on ne saurait donc trop multiplier les examens, pratiquer des prélèvements non seulement dans la gorge, mais encore dans le nez et le naso-pharynx et ne rendre à la vie commune les diphtériques qu'après la disparition complète des bacilles. C'est du moins l'objectif idéal ; mais on conçoit combien l'application permanente et régulière de cette précaution rencontrera malheureusement d'obstacles dans la pratique courante. (1)

(1) Soc. médic. des hôpitaux.

REVUE DE PATHOLOGIE

A propos de la Pathogénie des érythèmes infectieux

Par MM. les Docteurs WEILL et GARDÈRE

Les érythèmes qui surviennent au cours des maladies infectieuses, étudiés par les anciens auteurs à un point de vue purement descriptif, furent tour à tour considérés comme des fièvres éruptives associées, des éruptions médicamenteuses, ou de simples déterminations cutanées des affections au cours desquelles ils apparaissaient. Hutinel (Arch. gén. de méd. 1892) a montré l'inexactitude de ces conceptions pathogéniques ; il a remarqué que ces érythèmes s'observaient dans les infections les plus diverses toujours avec des caractères identiques, qu'ils survenaient tout aussi bien à la période d'état que pendant la convalescence et s'accompagnaient constamment d'une modification dans l'évolution de la maladie, donnant ainsi l'impression qu'ils se développaient sous l'influence d'un facteur morbide surajouté. De fait, les recherches cliniques, bactériologiques et anatomo-pathologiques, l'amenèrent à considérer que ces érythèmes sont le résultat d'une infection secondaire, dont le streptocoque est l'agent

le plus fréquent. Les cultures du sang, les recherches des microorganismes dans les viscères ayant été le plus souvent négatives, il a admis la nature toxi-infectieuse de ces érythèmes, la septicémie ne paraissant pas une condition nécessaire à leur réapparition.

Malgré les travaux d'Hutinel, la pathogénie des érythèmes infectieux est restée en discussion. Les uns s'appuyant sur l'existence de microorganismes dans le sang (Lorain, Trastour, Sacquépée et Loiseleur), ont conclu à leur nature septicémique. D'autres ont mis en cause les altérations du foie (Roger, Delozière, Nobecourt et Merklen), les altérations du rein, des capsules surrénales (Poisot, Hutinel), ou de toutes les glandes à sécrétion interne (Ribadeau, Dumas et Harvier).

Sans avoir la prétention de trancher la question, nous avons jugé intéressant de communiquer les résultats auxquels nous ont conduit l'étude de dix observations d'érythèmes infectieux, tant au point de vue clinique, qu'anatomo-pathologique et bactériologique. D'une façon générale, ils confirment les idées émises par Hutinel.

De ces dix cas d'érythèmes infectieux, huit ont été observés à la salle des rougeoles, pendant l'épidémie 1911-1912. Les cinq premiers étaient des érythèmes scarlatiniformes généralisés qui, au point de vue clinique, soulevaient dans des conditions parfois difficiles la question du diagnostic différentiel avec une scarlatine. Ils se sont montrés un mois environ après le début de l'épidémie, lorsque par suite du nombre des entrants, les locaux et le personnel sont devenus insuffisants. Ils ont apparu en série, comme s'il s'était agi d'une maladie contagieuse.

Le premier érythème est survenu le 10 décembre 1912 chez un enfant de 4 ans, qui avait eu une rougeole bénigne et était apyrétique depuis onze jours. Il fit du 10 au 26 décembre quatre poussées successives d'érythème, desquama abondamment après la dernière ; il quitta bientôt le service complètement guéri.

Le deuxième apparut douze jours plus tard. le 22 décembre. Il fut d'une gravité exceptionnelle, l'enfant succomba en trois jours, avec des signes d'intoxication violente. L'autopsie révéla seulement des ulcérations laryngées sans bronchopneumonie.

Les trois derniers cas se sont succédé à deux jours d'intervalle, les 25, 27 et 29 décembre. L'un d'eux fut bénin ; dans les deux autres les malades moururent en peu de temps de bronchopneumonie.

L'éclosion de ces érythèmes a coïncidé avec l'accroissement de la mortalité de la rougeole (33 0/0), la fréquence plus grande des complications septiques auriculaires, broncho-pulmonaires et cutanées. Des mesures ont été prises pour diminuer l'encombrement, séparer des autres les sujets infectés, augmenter le personnel et nous n'avons plus eu par la suite un seul cas de ces érythèmes graves à allures épidémiques.

Les trois autres cas d'érythèmes observés dans la même salle de rougeoles étaient en effet d'un type différent : au lieu d'éclore en série, ils se sont montrés à un mois d'intervalle. L'un d'eux était du type papulo-pustuleux, les deux autres du type érythème noueux. La culture du sang fut positive chez ces trois derniers malades, mettant en évidence (Dufour) deux fois le staphylocoque, une fois le streptocoque. Ce dernier malade seul a succombé.

La 9e observation est celle d'un érythème morbilliforme généralisé chez un enfant atteint d'otite purulente compliquée de mastoïdite. Et, bien que le malade présentât le tableau clinique d'une septicémie d'origine auriculaire, la culture du sang (Goyet) fut négative.

La 10e observation concerne un érythème noueux chez un nourrisson présentant une septicémie à staphylocoques. Les nodosités de l'érythème disparurent au bout de cinq jours et, à ce moment on vit apparaître dans le tissu cellulaire sous-cutané un grand nombre d'abcès du volume d'un pois à une noisette, tout à fait indépendants du siège de l'érythème et qui contenaient également des staphylocoques.

Nous ne pouvons discuter ici chacun de ces faits en détail et nous nous bornons à rapporter les conclusions qu'ils permettent de poser, au sujet de la pathogénie des érythèmes.

Un premier point se dégage nettement : c'est la nature infectieuse de tous ces érythèmes et le rôle de l'infection secondaire pour les érythèmes survenus chez les rougeoleux. Leur apparition en série, dans une salle encombrée et surinfectée ; leur aggravation à mesure qu'ils devenaient plus nombreux, comme si les microorganismes augmentaient de virulence par passage successif d'un sujet à un autre ; leur disparition à la suite de mesures prophylactiques, constituent la meilleure preuve qu'on puisse en donner.

La symptomatologie de ces érythèmes plaide également en faveur de l'infection secondaire, car l'influence de celle-ci est évidente, au moins dans les cas graves. Les malades sont en effet porteurs de complications suppurées multiples : coryza, conjonctivite, otites purulentes, ulcérations septiques de la bouche et des lèvres, nécrose cutanée. La température présente une forte élévation. L'état général est rapidement et profondément atteint. Les sujets meurent assez rapidement, le plus souvent avec une bronchopneumonie dans laquelle les phénomènes toxiques prédominent.

La nature infectieuse peut être mise en discussion seulement pour les cas bénins. Cependant leur coexistence avec les cas précédents, l'ascension thermique qui est de règle au moment de l'éruption, les troubles digestifs, l'hypertrophie ganglionnaire et bien souvent l'existence d'une suppuration auriculaire latente, suffisent à justifier le rôle de l'infection secondaire pour les érythèmes bénins.

La bactériologie met en évidence au niveau des lésions septiques le streptocoque ou le staphylocoque, dans la plupart des cas, bien que d'autres microorganismes puissent intervenir au même titre.

Enfin les lésions retrouvées à l'autopsie : bronchopneumonie suppurée, dégénérescence graisseuse du foie, altérations viscérales diverses, viennent encore témoigner en faveur de la virulence de l'infection.

Il reste encore à préciser de quelle façon interviennent les agents infectieux dans la production de l'érythème ; celui-ci est-il en rapport comme on l'a prétendu avec une septicémie ou des altérations viscérales profondes ?

Le rôle pathogénique des lésions du foie, des reins, des capsules surrénales et autres glandes à sécrétion interne, bien que reposant sur des constatations précises, n'est pas suffisamment démontré. Ces altérations viscérales sont inconstantes et décrites surtout par les auteurs qui ont étudié les érythèmes de la fièvre typhoïde. Nous croyons qu'elles sont d'autant plus accentuées que la maladie a évolué plus longtemps. Elles manquaient en effet chez un de nos malades, qui cependant mourut en quatre jours avec un érythème scarlatiniforme à allure grave, tandis qu'un autre sujet ayant succombé moins rapidement présentait de la dégénérescence graisseuse du foie. D'autre part, on ne saurait invoquer ces lésions viscérales lorsque l'érythème apparaît chez un sujet auparavant apyrétique et indemne de toutes complications, pas plus que dans les cas bénins qui évoluent en trois ou quatre jours sans modifier l'état général. Et comme l'érythème, considéré en tant que manifestation cutanée n'est nullement en rapport avec l'intensité de l'infection qui est à son origine, on ne peut attribuer aux dégénérescences viscérales que la valeur d'un témoin de la virulence de cette infection.

La même critique est à faire de la septicémie qui se retrouve de façon très inconstante. Elle aussi traduit seulement l'intensité de l'infection. Elle peut d'ailleurs exister de même que les lésions viscérales, sans que jamais le sujet présente d'érythèmes. Par suite on est conduit à invoquer une prédisposition spéciale de l'organisme, dont la nature nous échappe, mais qui seule peut expliquer les cas bénins d'érythèmes formant une transition entre les érythèmes infectieux graves et les érythèmes purement toxiques, tels que ceux consécutifs à l'injection de sérum ou à l'absorption de certains médicaments.

En somme, seul le rôle de l'infection secondaire est nettement établi pour les érythèmes survenant au cours de la rougeole. Le rôle des lésions viscérales, de la septicémie, n'est pas suffisamment démontré et il paraît plus conforme aux faits actuellement connus de considérer l'érythème comme le résultat de l'action des toxines microbiennes sur un organisme prédisposé (1).

REVUE DE CHIRURGIE

Néphrotomie du rein restant après néphrectomie pour tuberculose

Tout récemment, M. le docteur Rochet a présenté à la société de chirurgie de Lyon, un malade auquel il eut l'occasion de pratiquer successivement, d'abord une néphrectomie, puis quelques temps plus tard une néphrotomie.

Cette dernière intervention, du reste, paraît avoir été des plus utiles au malade dont M. Rochet résume comme suit l'observation.

Agé de 31 ans, il est employé de tramways. Je l'avais opéré, il y a environ 2 ans et demi, pour une tuberculose rénale suppurée du côté gauche ; j'avais enlevé un gros rein pyonéphrotique avec uretère très épaissi. Le malade était dans un état assez grave et, comme j'avais eu certaines difficultés pour énucléer le rein, pour lier le pédicule, etc., je ne jugeai pas à propos d'extirper l'uretère correspondant dans la même séance, quoique cet uretère, très gros, atteignît le volume de l'index.

Les choses allèrent très bien et le malade guérit rapidement de son opération ; les recherches nécessaires préalablement faites avaient montré que du côté opposé, le rein était très bon. Le malade garda pendant quelques temps cependant des douleurs assez fortes le long de son uretère gauche, et chaque fois qu'il vint nous retrouver, pendant la première année, on put sentir très nettement, à la palpation, l'uretère gauche sous forme de gros cordon induré et douloureux. De temps en temps, il faisait aussi quelques décharges purulentes dans son urine, comme on en voit fréquemment quand on laisse l'uretère malade en place.

En 1911, dix-huit mois après l'opération, ce malade est revenu me dire qu'il était très inquiet, car il sait très bien qu'il n'a qu'un rein et qu'il en a besoin. Il nous disait : « Ce qui m'ennuie c'est que, dans le côté droit, je ressens des douleurs assez vives qui me rappellent les douleurs que j'ai eues du côté opposé, moins la fièvre, et cela me préoccupe. » Je lui fis prendre patience, en lui montrant que ses urines étaient claires, et que les douleurs étaient dues à ce que le rein restant avait un travail supplémentaire à faire du fait de l'absence de l'autre.

Un jour, il m'apporta de l'urine hématique avec un certain trouble ; ce trouble tenait plutôt à la présence du sang décomposé qu'à du pus véritable. Je fus surpris ; je fis une cystoscopie et, à ce moment, je vis que le sang ne venait pas de l'uretère du côté du rein enlevé.

(1) Soc. médic. des hôp. de Lyon.

Je lui dis de me tenir au courant de ce qui se passerait. Pendant trois mois, il fit du sang presque constamment ; il avait, en outre, des douleurs toujours persistantes du côté du rein droit laissé en place.

Le malade se frappait beaucoup, il était très tourmenté et me disait : « Que faut-il faire ? » Je continuai à le consoler de bonnes paroles qu'il comprenait très bien, mais il était dans une grande angoisse au sujet de son rein droit. Je fis une cystoscopie et pus recueillir de l'urine du côté droit dans l'intervalle d'une hématurie; je fus rassuré en voyant que cette urine était limpide, ce qui me montrait que le rein droit n'était pas gravement atteint. Les choses durèrent ainsi pendant trois mois, le malade maigrissait, ne dormait plus, était de plus en plus inquiet. Alors, je me suis tenu le raisonnement suivant : de deux choses l'une, ou bien le rein droit est véritablement cause comme lésion bacillaire au début ou peut-être même constituée, ou bien il ne l'est pas. S'il est en cause, on ne perd rien à aller voir ce qu'il en est ; la seule chance qu'on ait, c'est de découvrir le rein, d'aller voir si on y trouve un foyer caséeux à la surface ou à l'intérieur, et de faire une extirpation locale de ce foyer qui ne peut pas être bien considérable ; c'est peut-être une chance pour lui, la seule qu'il ait, d'avoir une guérison consolidée. Si, au contraire, le rein est sain, nous le verrons également, et, dans ces conditions, il n'y aura pas d'inquiétude réelle à avoir.

Le malade accepta une lombotomie exploratrice du côté droit et je lui fis cette opération à la fin de 1911, il y aura un an au mois de décembre prochain. J'arrivai sur le rein, que je sortis complètement. Il me parut très sain, il était normal comme volume et comme surface, ni sclérosé, ni suspect en aucun point ; pas de bosses, pas de granulations sous la capsule, etc., etc. Je pris un fragment de ce rein pour l'analyse histologique. Je terminai l'opération en replaçant soigneusement ce rein dans sa loge et dans sa graisse, et, le lendemain, je dis au malade que j'avais trouvé un rein absolument sain, qu'il n'avait pas à s'inquiéter. Le microscope montra, du reste, un tissu rénal tout à fait sain.

Les choses se passèrent très bien ; le malade guérit très vite de son opération exploratrice du côté droit, et, chose curieuse, une fois la cicatrisation faite, une fois le malade bien rétabli, il n'eut plus de douleurs dans le rein, ni aucune espèce d'hématurie. Depuis un an, il a engraissé beaucoup, de 13 kilos ; il a repris son métier d'employé des tramways.

Qu'a eu exactement le malade ? Il est bien difficile de le dire. Est-ce une poussée congestive du côté de son rein, sous l'influence du travail qu'il avait repris d'une façon un peu précoce C'est possible, car il souffrait, surtout au moment des arrêts de la voiture : je vous donne le fait sans chercher à en préciser l'interprétation : il m'a paru quand même intéressant de vous présenter ce malade pour plusieurs raisons :

C'est d'abord l'apparition de ces douleurs curieuses du côté du rein restant, douleurs tenaces ; qui ne sont pas des douleurs imaginaires, qui ont duré plusieurs mois, puis de l'hématurie qui a duré trois mois, puis la disparition de ces phénomènes par une libération du rein et une opération purement exploratrice.

C'est aussi un fait consolant, parce que, en l'espèce, quand on aura des douleurs du côté du rein restant, et, que, d'autre part, l'exploration clinique ne révélera rien de ce côté-là, on sera un peu autorisé à faire ce que j'ai fait, et dire au malade : ne vous inquiétez pas, votre rein est bon, et par conséquent prenez patience. Ensuite, si les accidents vous forcent la main, comme c'était le cas ici, on saura qu'on peut aller sans inconvénient faire une lombotomie et explorer largement le rein restant. C'était une opération à risquer ; je l'ai risquée, et je crois que je n'ai pas lieu de m'en repentir.

REVUE D'UROLOGIE

Un cas d'induration des corps caverneux

Par M. le Docteur DELCROIX DE COSTER

J'ai spécialement en vue l'induration plastique des corps caverneux et je crois utile d'exclure immédiatement de cette communication :

1° L'induration déterminée par la cavernite chronique résultant elle-même des lésions inflammatoires de l'urètre ;

2° Les nodi traumatiques, qui sont généralement assez mal délimités ;

3° Les nodi consécutifs aux gommes et relevant du traitement spécifique ;

4° Les concrétions calcaires décrites par Romme ;

5° Les nodi cancéreux ayant leur origine dans l'urètre ou dans le sillon balano-préputial et fixés dès le début de leur évolution à l'urètre ou au gland.

L'induration plastique qui a été reconnue par La Peyronie en 1743, a été bien définie pour la première fois en 1885, par Tuffier. Permettez-moi de rappeler les points caractéristiques de cette définition :

Les indurations se développèrent au niveau de la gaine fibreuse ou de la cloison ; elles sont uniques ou symétriques, siègent de préférence au-devant du pubis, se présentent sous la forme d'un noyau plus ou moins diffus fixé à la gaine et non à l'urètre ou d'une induration segmentaire ; elles sont généralement indolores à la palpation, mais gênent l'érection à des degrés divers ; d'ailleurs, dans cet état de la verge, elles peuvent déterminer une déviation à concavité tournée vers le noyau, soit le plus souvent en haut, soit latéralement.

Tuffier les disait constituées par une hyperplasie conjonctive aux dépens de la gaine, mais Legueu a découvert dans le tissu conjonctif des îlots de cellules embryonnaires.

Cette affection fut d'abord considérée comme l'apanage de la vieillesse ; mais on a observé plus tard que les adultes n'en sont pas exempts ; elle n'est pas fréquente ; Zislin dans sa thèse en rapporte vingt-six cas sur trente mille consultants urinaires de Lariboisière et de Beaujon.

Je résumerai les idées qui ont été émises sur la pathogénie de l'induration plastique en disant que les auteurs l'attribuent plus ou moins nettement à l'arthritisme. Lavenant et Zislin en 1911, tout en admettant en général la même cause, citent un cas qui relèverait de la tuberculose sclérosante de Poncet, état pathologique qui paraît pouvoir être identifié avec la bacillie décrite par nos collègues De Keersmaecker et d'Haenens.

Or, l'arthritisme n'a jamais été défini d'une façon précise ; si l'on se contente de la définition dite française, émise par Bazin, c'est une disposition à contracter certaines affections : la goutte, l'obésité, le diabète, des lithiases, des névroses et des dermatoses.

La plupart des autres le considèrent comme caractérisé par l'acidité exagérée des humeurs, acidité déterminée par les acides uriques, oxalique et lactique ; d'autres prétendent que cette hyperacidité n'existe pas dans tous les cas ; d'autres définiraient volontiers l'arthritisme par un état d'oscillation continuelle entre la santé et la maladie.

L'idée d'une pathogénie microbienne a été soutenue en 1904 par Th. Guyot qui a publié un ouvrage pour établir que l'arthritisme résulte d'une infection du pharynx.

En 1908, Poncet de Lyon écrit que les arthritiques nerveux sont des tuberculeux à évolution insidieuse, et cite comme exemple le cas de Calvin.

L. Bernard admet que l'asthme et l'obésité sont engendrés par les poisons bacillaires et que l'arthritisme n'est qu'une variété de la tuberculose floride.

Enfin, le docteur P. Carton, médecin de Brévannes vient de faire paraître un travail, dans lequel il prétend démontrer que l'arthritisme est la condition de la tuberculose.

Nous voilà loin de la fameuse théorie de Pidoux sur l'antagonisme entre certains états arthritiques, comme la goutte et la tuberculose.

Il y a probablement une part d'exagération dans les opinions récentes ; personnellement, je n'ose émettre un avis dans cette discussion, ayant observé dans les derniers temps un nombre insuffisant de cas d'arthritisme ; cependant, si l'on admet comme exact, au point de vue de la tuberculose, le syndrôme de la bacillie tel qu'il a été présenté par nos collègues d'Anvers, j'ai pu constater la tuberculose dans un cas de rhumatisme articulaire chronique, un cas de goutte faible, chez un diabétique dans un cas de glycosurie intermittente avec migraine, dans plusieurs néphrolithiases, deux dermato-névroses, et pour revenir à notre sujet, dans deux cas d'induration plastique des corps caverneux chez des sujets manifestement arthritiques. Il m'a été impossible de suivre l'évolution clinique du premier de ces cas ; je me permettrai d'attirer l'attention sur le second dont l'histoire est assez caractéristique.

Il s'agit d'un homme de 32 ans, qui contracta en janvier 1909, dix jours après un coït douteux, un écoulement urétral insignifiant, qui ne s'aggrava pas et prit l'allure d'une urétrite chronique d'emblée.

Il s'adressa à un urologue qui lui prescrivit des injections, des lavages et ensuite quelques dilatations.

Quand il se présenta chez moi en mai 1909, l'écoulement n'apparaissait qu'après une grande fatigue et ne renfermait pas de gonocoques ; le chiffre des mictions diurnes s'élevait à dix depuis plusieurs années, tandis que depuis quelques semaines, le canal était légèrement irrité après la miction et le sommeil interrompu quelquefois par le besoin d'uriner.

Les corps caverneux présentaient des indurations bilatérales, symétriques, adossées à la cloison, nullement adhérentes à l'urètre, siégeant en avant contre le gland et en arrière contre le pubis et formant ainsi aux extrémités du pénis, deux tumeurs du volume d'une petite bille et assez nettement délimitées.

Le malade avait l'impression qu'elles s'étaient produites récemment, mais ne pouvait préciser le début de leur évolution.

L'endoscopie montrait un peu d'infiltration dure du 1er degré dans la région pénienne ainsi que de l'urétrite glandulaire localisée à l'angle pénio-scrotal ; ces lésions ne correspondaient pas au siège des indurations caverneuses.

Plus tard, à la suite d'une méatotomie, je pus constater que l'explorateur Guyon n° 30, ne rencontrait qu'une résistance très légère au niveau des infiltrats. Je prescrivis d'abord de l'hydrothérapie chaude sous forme de compresses que le malade irriguait d'eau à 50° et même 55° le matin et soir pendant une heure. Le résultat de ce traitement fut peu appréciable ; plus tard, j'y ajoutai la dilatation mécanique de l'urètre ainsi que des massages-lavages à l'aide de l'appareil de de Sart.

En décembre 1909, j'abandonnai ces moyens pour m'en tenir à la thermothérapie, poussée jusque 70 et même 80 degrés à l'aide de compresses électriques appliquées pendant une heure tous les deux jours. Au bout de deux mois, nous pûmes constater une diminution très sensible des tumeurs ; mais, quoique le traitement fût continué, le progrès s'arrêta là.

Alors, je tentai une autre méthode consistant en massages sur cathéter des indurations, pratiqués avec beaucoup de douceur tous les deux jours pendant une dizaine de minutes.

Il se produisit d'abord une amélioration qui

nous engagea à continuer ; mais le 11 avril nous constations au niveau du tiers postérieur du pénis, deux nouveaux nodules symétriques et juxtaposés sur la ligne médiane.

Trois jours plus tard, les deux noyaux avaient atteint ensemble le volume d'une petite bille, tandis que les indurations antérieures et postérieures avaient repris leur volume initial.

J'appliquai à nouveau la thermothérapie par compresses électriques pendant trois mois, assez irrégulièrement cette fois, le malade pratiquant en plus son hydrothérapie chaude à domicile.

Le 19 juillet 1911, la situation ne s'étant pas améliorée, je fis prendre la température sous la langue cinq fois par jour (9, 11, 3, 6 et 9) au moyen d'un thermomètre étalonné par l'Etat Belge.

Dans les deux premières vingtaines de jours, le sujet, sans lésions catarrhales apparentes, trouva 28 fois 37°, 28 fois 37°1, 8 fois 37°2 et une fois 37°5.

Les urines fréquemment troublées par les phosphates donnaient une réaction négative pour le Fehling, nettement positive par la chaleur et acide acétique glacial, très légèrement positive pour l'Eshach.

Le microscope ne décelait pas de cylindres, mais un grand nombre de cellules rénales. Les filaments urinaires peu nombreux étaient constitués du mucus et de rares amas de globules blancs.

Le professeur René Verhoogen qui examina le malade à cette époque ne trouva aucune lésion des appareils respiratoire, circulatoire et digestif.

Le cinquième jour de la troisième vingtaine, je pratiquai une sous-cuti-réaction de T. A. K. à la dose d'un demi-milligramme.

Une réaction locale se produisit trois jours après la piqûre, tandis que la réaction thermique n'apparut nettement qu'au bout de huit jours, pour atteindre son maximum au cours de la quatrième vingtaine pendant laquelle on cota 7 fois 37°, 28 fois 37°1, 14 fois 37°2, 9 fois 37°3, 5 fois 37°4, une fois 37°5, une fois 37°7, une fois 37°8 et même une fois 37°9.

En donnant la valeur d'une unité à chaque dixième de degré au-dessus de la température normale maxima 36°9 et en totalisant pour cette vingtaine, on atteignait le chiffre 199.

Le 18 octobre 1910 (cinquième vingtaine), nous commencions la tuberculinothérapie, à la dose d'un 1/10e de centimètre cube de la huitième dilution du bouillon filtré de Denys. Cette dose devait être répétée tous les cinq jours. Le malade pesait à cette époque 73 kilogrammes 500 grammes.

Pendant la cinquième, sixième et septième vingtaine, le chiffre thermique atteignit 97, 92 et 112 ; la plus forte réaction se produisit dans la huitième vingtaine avec le chiffre 164. Au cours de la neuvième vingtaine, la chute thermique fut assez marquée : 114 ; cette période est également caractérisée par une diminution très considérable et très rapide des indurations.

A la dixième vingtaine, la réaction était fort réduite : 43 ; à la fin de cette période, les indurations avaient tout à fait disparu. Les chiffres thermiques des dernières vingtaines observées furent 1,0, 1, puis 0 et 1. A partir de la treizième vingtaine, la huitième dilution filtrée fut remplacée par la neuvième, toujours à la dose d'un 1/10e de cc., ainsi jusque la seizième vingtaine.

A la fin du traitement, le poids du malade avait augmenté de trois kilos et demi, l'albumine, le trouble phosphatique et les filaments urinaires avaient complètement disparu, et malgré un surmenage intense, la nervosité et la fatigabilité étaient notablement diminuées.

Actuellement, plus d'un an après la guérison, celle-ci s'est parfaitement maintenue et le poids atteint 78 kilogrammes 500 grammes.

En général, l'induration plastique n'a pas le renom de guérir sans intervention ; on cite bien des cas de guérison quasi-spontanée sous l'influence des eaux de Barèges, mais ils ne sont pas décrits avec précision.

Précisément, à cause de la résistance de cette affection, on lui a opposé les traitements les plus variés.

La première idée, basée sur la théorie de l'arthritisme, fut de prescrire des eaux sulfureuses sodiques, des alcalins, des arsenicaux, ou bien de l'iodure de potassium à l'intérieur avec un traitement local d'iodure de potassium et d'iodure de plomb.

Plus tard, Lavenant et Zislin essayèrent les injections intra-musculaires de fibrolysine le plus souvent sans résultat ; un seul malade guérit.

Les mêmes auteurs tentèrent aussi des injections intra-nodulaires du même produit ; ce traitement très douloureux eut peu de succès.

Ils n'eurent pas plus de chance avec l'ionisation (méthode Leduc) par les ions iode et chlore ; ils obtinrent seulement la disparition de la douleur pendant l'érection chez un malade.

On a beaucoup discuté la question de l'intervention chirurgicale ; on admet généralement aujourd'hui avec Marion, Bilhaut et Lavenant qu'il convient d'opérer les malades jeunes que la douleur pendant l'érection ainsi que la déviation de la verge empêchent de se livrer au coït.

Il faut citer encore un cas du docteur Bernasconi, d'Alger, guéri par dix-huit séances de rayons X dans l'espace de cinq mois.

Le cas que j'ai eu l'honneur de vous présenter en raison de l'insuccès des premiers essais de traitement, de la rapidité relative de la guérison (trois mois et demi) par la tuberculinothérapie, et surtout de la coïncidence frappante qui existe entre la disparition des lésions des corps caverneux et celles des symptômes de la bacillie.

Evidemment, je ne prétends pas avoir apporté la preuve de la nature tuberculeuse de l'induration plastique, ni même de la guérison par la tuberculine ; mais la coïncidence me paraît au moins assez encourageante pour vous engager à faire les mêmes recherches et à instituer le même traitement quand vous en aurez l'occasion.

REVUE DU LABORATOIRE

Procédé pratique de culture des gonocoques

Par M. le Docteur OLIVIERO

Cherchant un procédé de culture sensible, capable de déceler rapidement la présence du gonocoque libre ou associé dans un liquide pathologique, urine, sérosités, taches suspectes, pus, salive, etc... et considérant que l'urine et le sérum sanguin constituent 2 ambiances favorables à sa multiplication, nous sommes arrivé au mélange de :

Urine du malade..................	10 cc.
Sérum sanguin quelconque...........	1 cc.

qui constitue un milieu de culture d'une extrême sensibilité.

10 cc. d'urine suspecte, additionnés de 1 cc. de sérum de cheval, par exemple et placés à l'étuve à 36-37°, montrent dès la 12e heure un dépôt nuageux ; à la 18e et 20e heure, l'examen microscopique peut être pratiqué.

Nos recherches nous ont permis de constater que le gonocoque possède un pouvoir fermentaire qui n'a pas encore été signalé. Il se comporte dans l'urine comme le micrococcus ureæ qui décompose l'urée en carbonate d'AZH³.

Le gonocoque semble susceptible de devenir saprophyte dans l'urètre et de présider d'une façon concomittante avec le micrococcus et le bacillus ureæ à la fermentation ammoniacale de l'urée.

(1) *Société belge d'Urologie.*

CARNET DU PRATICIEN

Hématémèses

Chlorhydr. d'adrénaline...	1 milligram.
Chlorure de calcium......	4 grammes
Sirop de ratanhia.........	20 —
Sirop de codéine.........	30 —
Sirop de belladone........	40 —
Eau de tilleul q. s. pour..	125 —

Par cuillerées à dessert toutes les deux heures.

Hémorragies intestinales

Le traitement des *hémorragies intestinales graves*, comporte les indications suivantes :

1° *Repos général* au lit, dans l'immobilité la plus complète possible ;

2° *Repos de l'intestin* ; celui-ci sera assuré :

a) Par la *diète* ; n'autoriser que des boissons très froides par très petites quantités ; lait glacé ; boissons acidulées ; limonade sulfurique ou citrique ; champagne frappé ;

b) Par l'*opium* : donner 0 gr. 05 d'extrait thébaïque en une ou deux fois, ou une piqûre de 0 gr. 01 de morphine.

3° *Moyens hémostatiques physiques* : glace sur le ventre ou lavements chauds à 45-48°.

4° *Médicaments hémostatiques* : *Ratanhia* en sirop à la dose de 20 à 80 grammes, ou en potion : 2 à 5 grammes d'extrait.

Ergot de seigle prescrit en poudre : 1 à 4 grammes, ou plus souvent sous forme d'*ergotine*, soit en potion, soit en injection sous cutanée de 1 cc.

Le *perchlorure de fer* peut se donner à l'intérieur à la dose de X à XXX gouttes.

Le *tanin* se formule en pilules de 0 gr. 10, dont on peut donner de une à cinq.

L'*adrénaline* s'emploie à raison de XV à XXX gouttes de la solution au 100e.

Le *bismuth* (sous-nitrate ou mieux carbonate) à la dose élevée de 15 grammes, dans le but de réaliser le pansement de certaines ulcérations (ulcus duodénal, dothiénentérie).

Le *chlorure* et le *citrate de calcium* (2 grammes en potion). Il augmente la coagulabilité du sang.

On peut encore prescrire le *sérum gélatiné*, 5 à 10 centimètres cubes (chlorure de sodium, 7 gr., gélatine 25 gr., eau distillée 1.000 gr.), et le *sérum sanguin*, récemment préconisé et injecté à la dose de 10 à 20 centimètres cubes dans une veine du pli du coude. Si l'injection est faite sous-cutanée, la dose doit être double.

Dans le cas où l'hémorrhagie est supposée avoir son origine dans le gros intestin, on pourra prescrire des lavements au tanin ou au ratanhia :

Tanin....................	1 gramme
Décoction de ratanhia......	300 —
Teinture d'opium..........	VI gouttes
Extrait aqueux de ratanhia.	1 gr. 50
Laudanum................	VIII gouttes
Eau......................	250 grammes

Névralgie testiculaire

Faire, plusieurs fois par jour, des onctions avec le liniment suivant :

Glycérine................	30 grammes
Extrait de jusquiame........	4 —
Extrait de belladone........	4 —

Rachitisme

Sirop de limons............	150 cc.
Glycérophosphate de chaux liquide...............	2 grammes
Formiate de chaux..........	2 —

Une à 4 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

(MARFAN.)

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE.


Pagéol

VARIÉTÉS

La Cuisine à l'électricité

M. Daniel Bellet étudie la cuisine à l'électricité dans le dernier numéro du *Journal des économistes.* D'après lui la cuisson à l'électricité présenterait sur la cuisson au gaz ou au charbon un certain nombre d'avantages fort appréciables. Non seulement la cuisine ainsi faite est beaucoup plus propre et les aliments ne risquent jamais d'avoir le goût de fumée, mais ils ont des qualités spéciales de saveur et ils perdent beaucoup moins à la cuisson.

« Les Allemands, dit M. Bellet, qui ont multiplié de toutes parts les grandes stations centrales électriques en appliquant le principe économique de la concentration technique, ont fait des comparaisons intéressantes sur les prix relatifs de la cuisine des aliments au courant électrique ou par d'autres moyens. M. Bitter et M. Rosander ont fourni des chiffres à cet égard. Ils ont évalué à 240 watts-heure ce qu'il faut dépenser pour cuire 850 grammes de poisson ; et à 800 watts-heure la dépense nécessaire pour rôtir un kilo de bœuf. Pour apprécier ce que cela représente par rapport au procédé de cuisine au gaz, il faut se rappeler que 1 kilowatt-heure, autrement dit 1.000 watts-heure sont l'équivalent thermique de 0,400 mc. de gaz ; pour être économiquement applicable à la cuisine, on en conclurait donc que le courant devrait être fourni aux consommateurs à un prix tel que le kilowatt-heure ne coûtât pas plus cher que 0.400 mc. de gaz. Il est vrai que des opinions plus optimistes ont été reproduites. Et M. Bellet cite l'exemple de gens habitant la banlieue de Londres qui ont pu faire la comparaison entre ce qu'ils dépensaient en 1907 et 1908 d'une part, quand ils se servaient du gaz et du charbon pour la cuisine, l'éclairage et le chauffage, et en 1909 et 1910 d'autre part, moment où ils avaient adopté uniquement l'éclairage et le chauffage électriques. Sans doute leurs dépenses pour les deux dernières années considérées avaient été d'environ 555 francs au lieu de 512 et 428 francs pour les années 1907 et 1908, mais les notes de boucherie de 1909 et de 1910 avaient été très au-dessous des chiffres de 1907 et de 1908 ; en fait 960 et 835 francs au lieu de 1.258 et 1.350 francs. Cette différence proviendrait de ce que les pertes de viandes à la cuisson sont bien moindres avec l'électricité qu'avec le gaz ou le charbon, et l'économie de ce chef aurait couvert, et bien au delà, les majorations de dépenses résultant de l'emploi du courant électrique.

Mais si l'emploi de la cuisine par l'électricité tendait à se généraliser, on verrait baisser sensiblement le prix du kilowatt-heure parce que la clientèle actuelle ne se servant guère de l'électricité que pour l'éclairage, ne prend à peu près aucun courant pendant les heures du jour, tandis que si ce courant était employé de façon plus régulière et plus continue, l'usine pourrait le vendre à un prix sensiblement moins élevé.

Puisque l'on ne trouve plus que dans quelques campagnes reculées la cuisine au bois, la seule véritablement savoureuse, nous préférions certainement pour notre part la cuisine à l'électricité à la cuisine au gaz ou au charbon et nous espérons que l'un des nouveaux palaces qui se construisent en ce moment mettra la chose à la mode. Les grands restaurants suivraient et bientôt les maisons bourgeoises.

ÉCHOS

V. E. M. 1913

Le treizième voyage d'études médicales aux stations hydrominérales et climatiques de France aura lieu du 25 août au 6 septembre 1913, sous la présidence effective du professeur Landouzy.

Il comprendra les stations du sud-ouest de la France visitées dans l'ordre suivant : Arcachon, Dax, Biarritz, Hendaye, Cambo, Salies-de-Béarn, Pau, Saint-Christian, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Argelès, Barèges, Saint-Sauveur, Gavarnie, Cauterets, Bagnères-de-Bigorre, Capvern, Barbazan, Siradan, Bagnères-de-Luchon.

Plusieurs bourses de voyage sont déjà offertes au V. E. M. de 1913 par : M. le professeur Heurot, les Sociétés des Eaux Minérales de : Evian-Cachat, Pougues, Vichy, Vittel-Grande Source.

Pour tous les renseignements s'adresser au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, ou au docteur Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat. Paris.

Pour un confrère amputé

Le *Bulletin médical* publie la lettre suivante que lui a adressée, au nom du Syndicat médical de Lot-et-Garonne, notre confrère le docteur Louis de Gaulejac (d'Agen). Nous nous faisons un devoir de la reproduire.

« *Agen, le* 22 *mars* 1913.

« Mon cher confrère,

« Comme suite à notre conversation de l'autre jour, j'ai l'honneur de vous exposer les faits suivants :

« Le Dr Molinéry (de Fumel), après avoir ouvert un panaris à l'un de ses clients, se blessa, en montant en automobile, avec le bistouri qui venait de lui servir. L'articulation du genou fut ouverte, et quelques millimètres de la lame de l'instrument se brisèrent dans la plaie.

En quelques jours, malgré les soins les plus attentifs et les plus dévoués, l'infection fit des progrès tellement rapides que l'un des anciens maîtres de notre confrère, le professeur Jeannel, fut obligé, très douloureusement ému, d'amputer la cuisse malade.

« Aujourd'hui, la guérison est assurée et, dans quelques jours, notre confrère sera complètement rétabli ; mais — et c'est la plus terrible conséquence de cet accident professionnel — il ne peut reprendre le poste qu'il occupait dans une petite ville située sur les confins de l'Agenais.

« A Fumel, le Dr Molinéry, jeune, actif, intelligent, aimé de ses malades, avait su se créer une fort belle situation, mais cette situation ne peut être conservée sans une très grande activité.

« Aussi, le bureau de notre Syndicat a-t-il pensé que nous devions venir en aide à notre malheureux ami en nous adressant par la voie de la presse médicale française à tous nos confrères.

« Le Dr Molinéry va s'installer à Barèges, la célèbre station pyrénéenne si efficace dans le traitement des articulations malades. (Les deux médecins qui étaient établis depuis fort longtemps à Bareges viennent de mourir.)

« Nous avons pensé que tous les médecins français viendront au secours de notre malheureux confrère en lui adressant ceux de leurs clients qui ont besoin d'un traitement aux eaux de Barèges.

« Que demandons-nous? un peu de bonne volonté, un acte de bonne confraternité bien facile à accomplir. Aidons le Dr Molinéry à se créer une situation convenable, et nous aurons la joie de réparer une cruelle injustice du sort.

« Le Dr Molinéry, ancien interne des hôpitaux, mérite du reste — et le Syndicat médical de Lot-et-Garonne tout entier s'en porte garant — la confiance des médecins et des malades.

« Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels et tous mes remerciements pour ce que vous voudrez bien faire pour notre confrère.

« Dr Louis de Gaulejac ».

Bourse de voyage autour du monde

Ces bourses, fondées par M. Albert Kahn, près l'Université de Paris, seront en 1913 au nombre de quatre : deux pour les hommes, deux pour les femmes.

En principe, elles sont destinées soit à des agrégés des lycées de garçons et des lycées de filles, soit à des membres de l'enseignement supérieur ou à des étudiants déjà avancés dans leurs études qui se destinent à l'enseignement. Mais elles peuvent exceptionnellement être attribuées à des personnes qui, sans appartenir à l'enseignement, ont concouru ou peuvent concourir utilement à l'éducation nationale, soit par leurs écrits, soit par leur activité.

Les voyages dont il s'agit ne doivent être ni des voyages d'agrément, ni des voyages pour l'étude à l'étranger d'une question déterminée, mais des voyages d'observation. Le fondateur a pensé que la comparaison des mœurs et des institutions nationales avec les mœurs et les institutions politiques, religieuses, sociales et économiques des pays étrangers était de nature à élargir les esprits, à les élever et à rendre les maîtres et les maîtresses de la jeunesse française plus aptes à remplir leur tâche d'éducation.

Pour les hommes, le voyage est de quinze à seize mois au minimum. Il doit comprendre, outre l'Europe, l'Amérique et les pays d'Extrême-Orient.

Pour les femmes, il est d'un an, et comprend nécessairement l'Amérique du Nord et divers pays d'Europe.

Dans sa demande, chaque candidat doit indiquer les pays qu'il se propose de visiter. Il s'engage à n'être, pendant la durée du voyage, correspondant d'aucun journal. Mais à son retour il devra adresser au vice-recteur de l'Académie de Paris une relation de son voyage, manuscrite ou imprimée, d'une cinquantaine de pages. Enfin le boursier devra se tenir à la disposition du vice-recteur pour faire à Paris ou en province deux ou trois conférences sur son voyage.

Le montant des bourses est de 16.500 francs pour les hommes, y compris 1.500 francs pour achat de souvenirs et de livres. Il est de 8.500 francs pour les femmes.

Les demandes de bourses doivent être adressées avant le 1er mai au vice-recteur de l'Académie de Paris, à la Sorbonne, avec tous les renseignements de nature à en permettre l'appréciation.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE

Pour favoriser le développement du Commerce et de l'Industrie en France

*Société Anonyme. — Capital : **500** millions*

Assemblée générale annuelle du 20 mars 1913

Les actionnaires de la Société Générale se sont réunis en Assemblée générale ordinaire, le jeudi 20 mars.

Le rapport signale les nouveaux progrès accomplis au cours de l'exercice dont témoignent les statistiques des principaux comptes inscrites au rapport.

La nouvelle succursale installée boulevard Haussmann a été ouverte le 4 novembre 1912. Elle offre des installations largement comprises comportant des salles de coffres réunissant les meilleures conditions de confort et de sécurité. Les constructions entreprises sur les terrains situés entre l'avenue Kléber et l'avenue Malakoff sont activement poussées.

La Société Générale compte maintenant 1.005 guichets.

La Caisse de Prévoyance, à qui une allocution égale à 5 0/0 des appointements a été attribuée, possède un actif supérieur à 17 millions de francs. Le Conseil a remplacé l'indemnité pour la cherté des vivres accordée les deux années précédentes par une augmentation de traitement au profit de ceux des agents dont la situation justifiait une telle amélioration. Chaque agent accomplissant son service reçoit une gratification périodique et retrouve sa place à la Société Générale quand il est libéré.

La situation des Sociétés filiales demeure très satisfaisante. Le Conseil espère que la Banque de Salonique, dont les opérations ont été affectées par la guerre d'Orient, retrouvera bientôt son activité.

L'amélioration des conditions économiques dans l'Empire Russe a permis de conduire à bien des pourparlers devant aboutir prochainement à la liquidation complète des engagements de la Société Générale qui restituera à son actif des éléments disponibles nouveaux.

Au Pérou, l'exercice 1912 compte parmi les meilleurs du Port du Callao, bien que le canal de Panama ne soit pas encore ouvert et que la période d'exploitation sans monopole ait été inaugurée. D'autre part, le Gouvernement Péruvien a été autorisé par le Congrès à proposer au Gouvernement français de remettre à l'arbitrage de la Cour de La Haye, le règlement des créances françaises. Le Conseil attendra avec confiance les résultats de la haute juridiction de la Cour de La Haye.

Les bénéfices nets de la Société Générale ont été de 22.175.818 francs. Le Conseil propose de fixer le dividende à 20 fr. 05 par action ancienne, à 13 fr. 54 c. par action nouvelle ; un acompte de 6 fr. 25 c. ayant été payé aux actions anciennes, le solde net, sons déduction des impôts, serait de 13 francs, par action tant ancienne que nouvelle.

Le rapport du Conseil rend ensuite hommage aux services éclatants rendus par M. Dorizon pendant ses vingt années de direction. Celui-ci a, d'ailleurs, tenu à rester attaché à la Société Générale en siégeant dans le Conseil où il occupera un poste de Vice-Président. Pour remplacer M. Dorizon, le Conseil a fait choix de M. A. Homberg, ancien Inspecteur des Finances, ancien Directeur de la Banque Française pour le Commerce et l'Industrie.

Le Conseil termine son rapport en évoquant le souvenir de M. Maxime Duval, administrateur, en déplorant particulièrement la retraite de M. Spitzer qui a voulu se consacrer très légitimement aux intérêts de son importante maison, en exprimant enfin ses regrets de la décision qu'a prise M. de Sainte-Anne, administrateur sortant, de ne pas se représenter aux suffrages des actionnaires.

Le rapport des censeurs-commissaires relève les augmentations des principaux comptes, approuve les propositions du Conseil pour l'approbation des comptes et la répartition des bénéfices.

L'Assemblée, à l'unanimité, a voté toutes les propositions du Conseil. Elle a approuvé les comptes de l'exercice et la distribution du dividende, ratifié la nomination de M. Dorizon comme administrateur, réélu administrateurs pour cinq ans, MM. Bénac et de Matharel, administrateurs sortants, et censeur pour trois ans, M. Thirria, nommé commissaires des comptes pour l'exercice 1913, MM. Lavallée, Thirria et Cornélis de Witt.

84e Année (Série XIIIe) — N° 195 — Le Numéro : 25 Centimes — Mercredi 23 Avril 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 23 Avril 1913

ÉCHOS

Au Collège de France

Un décret autorise l'administrateur du Collège de France à accepter les donations faites au Collège de France par un certain nombre de Compagnies de colonisation pour la création et l'entretien d'un cours complémentaire d'études coloniales (protistologie pathologique).

Médecine tropicale

Son Congrès biennal siégera cette année, à Saigon, du 8 au 15 novembre. La précédente session fut tenue en 1911, à Hongkong, quatre-vingts praticiens y étaient venus de tout l'Extrême-Orient.

Les étudiants et le service de trois ans

Vœu de l'Association du personnel enseignant des Ecoles mixtes de Médecine et de Pharmacie de France, touchant les étudiants en médecine et en pharmacie appelés au service de trois ans.

Ce vœu, émis à l'unanimité, par l'Association du personnel enseignant des Ecoles de Médecine, réunie en Assemblée générale à la Faculté de médecine de Paris, le 6 avril 1913 rappelle beaucoup l'une des propositions émises par le professeur Landouzy dans son article communiqué au journal *Le Temps*, le 9 mars dernier :

« Tous les Français, sans exception, doivent participer à l'effort patriotique qui s'impose en ce moment à la Nation, et accomplir, s'il en est ainsi décidé, trois ans de service actif.

« Les étudiants en médecine et en pharmacie seront soumis, pendant un certain temps, au service militaire strict, qui les rendra aptes à remplir, s'il y a lieu, le rôle de combattants.

« Mais, étant donné l'insuffisance reconnue du cadre de service de santé, déjà très préjudiciable en temps de paix, extrêmement grave en temps de guerre, l'Association estime que le plus tôt possible après cette première période, il y aurait un intérêt pour l'armée à utiliser les aptitudes spéciales de ces jeunes gens.

« Dans ce but, les étudiants en médecine et en pharmacie seront répartis dans les vingt-trois villes, sièges des Facultés de médecine, des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

« Dans la mesure compatible avec leur service d'infirmiers, et sous le contrôle de l'autorité militaire, ils seront autorisés à continuer leur scolarité de façon à acquérir le plus tôt possible le titre et les fonctions de médecins ou de pharmaciens auxiliaires, tels que les définit la loi actuelle, complétant ainsi dans une proportion très importante, le personnel du service de santé.

« En émettant ce vœu, l'Association croit s'inspirer des véritables intérêts de la Défense nationale. »

Les maladies des Romains d'autrefois

Quelles étaient les maladies des Romains? Mon Dieu, nous apprend M. le Dr François Helme dans une de ses récentes chroniques du *Temps*, celles de gloutons qui, vivant trop grassement, mettent trop de charbon dans la machine. Grands arthritiques, semble-t-il, et toujours vêtus de laine irritante pour les téguments, nos gaillards sont fort sujets aux affections de la peau et aux démangeaisons ennemies du sommeil.

Les maladies d'yeux sont fréquentes aussi, et en particulier la conjonctivite granuleuse. On la traitait par des sels agglomérés en pierres quadrangulaires et sur lesquelles les spécialistes faisaient graver leur marque. Ces « cachets d'oculistes » ne sont pas rares dans les musées. Beaucoup étaient à base de sulfate de cuivre, et c'est encore le reméde qui nous sert à cautériser les granulations de la conjonctivite.

Parmi les clients notoires atteints d'affections oculaires, je relève le nom de Cicéron, qui était chassieux et celui d'Horace, dont les paupières ne valaient guère mieux. Nous avons le récit d'un voyage que ce dernier fit en Sicile avec Mécène et Virgile. On s'arrête à Capoue. Mécène, qui est un gentilhomme très sportif, court au jeu de paume; les deux poètes vont se coucher. Que voulez-vous! Virgile a mal à l'estomac; quant à Horace, haut et rond comme une houteille, selon la propre expression d'Auguste, a poussière et le soleil l'ont éreinté; de plus, il a besoin de laver ses yeux embrumés de chassie et son oculiste lui a précisément donné pour le voyage un collyre noir, *collyria nigra*.

La dilatation des veines aux jambes ou à la partie très inférieure du tube intestinal est ordinaire chez les gens dont le foie est paresseux. Sous la toge relevée, des jambes marbrée de varices font très vilain effet, et puis elles gênent la marche. Alors le chirurgien les dissèque et les enlève; — nous ne faisons pas autrement aujourd'hui. Le procédé était fort douloureux, ainsi qu'en témoigne l'exemple de Marius, qui durant l'opération ne peut retenir ses plaintes: *Quum varices secabantur, C. Mario dolebat. Dolebat*, il geignait. Tu parles! si j'ose dire. On a beau avoir vaincu les Cimbres et résisté à la tyrannie de Sylla, il faut céder à la nature.

Mais on ne s'appelle pas Marius pour rien: *Vetiut se aligari, nec quisquam ante Marium, solutus dicitur esse sectus* (il ne voulut pas être attaché, et cela, paraît-il, ne s'était jamais vu avant lui). Brave Marius, va! Oui, seulement, une fois cette jambe opérée, le patient ne voulut rien savoir pour l'autre.

Les pneumonies sont fréquentes. Comment, aussi, ne pas attraper du mal quand on rentre, par les nuits d'hiver, après avoir trop copieusement soupé dans une salle trop chaude? C'est ce qui arriva à Crassus le riche. En sortant un soir de chez des amis, il est pris de frissons, avec un affreux point de côté, et le septième jour le voilà mort.

Il y a aussi les fièvres, la tierce, la quarte, la continue. Il faut les redouter surtout en automne, « l'époque favorable aux testaments », et où tant d'esprits malins errent dans les campagnes. Musa, le médecin d'Auguste, traita les fièvres par les bains froids. La méthode, fit, en certains cas, merveille et Musa eut sa statue; elle existe encore. Le médecin de l'empereur est représenté sous les traits d'un Esculape jeune, fort, bien musclé, heureux de vivre, un Esculape grassement traité par ses riches clients.

LE TÉNIA UTILE

On nous racontait de terribles histoires sur le compte du ver solitaire: on nous en traçait une horrifique image; ce monstre, unique par la charpente et multiple par les anneaux, s'installait en nous, suçait nos forces, profitait insolemment de nos repas, s'engraissait au préjudice de nos intestins épouvantés.

Eh bien! les savants qui affirmaient ces principes sont réfutés par d'autres savants de non moindre envergure. Le ténia, d'après ces derniers, est l'antidote de la tuberculose; lorsque ce ver enrubanné s'est tapi dans son domicile obscur, il y prouve aussitôt son utilité en traquant les bacilles, tuberculeux et autres, qui infestent l'asile où il se prélasse; il leur déclare la guerre, les provoque, les combats, les extermine; en ces batailles ignorées du public, les ténia se révèle comme le Napoléon de nos replis, sans l'encouragement du soleil d'Austerlitz.

Les ignorants mortels chez qui le ténia installe ses pénates n'ont rien de plus chaud que de s'évertuer à le flanquer à la porte: cet hôte manque de prestige; on veut s'en faire quitte, comme d'un parent pauvre.

Mais l'expulsion est malaisée; elle s'accompagne souvent parfois de manifestations éminemment désagréables, sans compter que le ver solitaire, s'il éparpille volontiers ses anneaux, perd rarement la tête.

Désormais, nous savons que le ténia est un personnage méconnu et calomnié: il n'est pas du tout le parasite sinueux et insinuant que l'on nous apprenait à haïr; il affirme, à notre profit, des vertus héroïques; c'est un vieux camarade et, si nous osons dire, un zélé collaborateur.

Les médecins en France

Vingt mille huit cent neuf disciples d'Esculape.

Tel est le chiffre officiel des médecins en France, pour l'année 1911, si nous en croyons la statistique du personnel médical et pharmaceutique, publiée par la Direction de l'assistance et de l'hygiène du ministère de l'intérieur.

Pour exécuter les ordonnances de ces 20.809 médecins, on compte 11.585 pharmaciens. Et il y a 13.066 sages-femmes et 2.848 dentistes.

Inutile de dire que la Seine arrive en tête de cette intéressante statistique avec: 4.393 médecins, 1.125 dentistes, 1.329 sages-femmes et 1.798 pharmaciens.

Le Nord, bon deuxième, compte: 811 médecins, 97 dentistes, 422 sages-femmes et 523 pharmaciens. Cependant que les Hautes-Alpes se classent dernières avec: 29 médecins, 2 dentistes, 33 sages-femmes et 14 pharmaciens.

A TABLE

Bien peu de personnes, en se mettant à table, pourraient faire l'historique de leur couvert.

Jamais science ne fut pourtant plus élémentaire que celle-ci.

L'usage des assiettes n'est pas très ancien; autrefois des tranches de pain coupées en rond servaient d'assiettes. Virgile les décrit ainsi dans le repas des compagnons d'Énée, troublé par les Harpies.

Aux serviettes à présent.

On ne s'en servait point dans l'antiquité; on étendait sur soi une partie de la nappe s'il y en avait. Les premières serviettes ont été faites à Reims et offertes par cette ville à Charles VII.

Les couteaux se perdent dans la nuit des temps. La première coutellerie renommée en France existait au dixième siècle à Beauvais.

A cette époque, on ne faisait point usage de fourchette; on portait la viande à sa bouche avec la point de son couteau.

Les fourchettes remontent seulement au XVIIe siècle. Encore, on ne s'en servait qu'à la table des rois.

C'est peut-être pour cela que nous avons encore tant de gens qui mangent avec les doigts.

Le poison des Borgia

Aucun élixir de mort n'eut davantage mauvaise réputation que le poison des Borgia.

En voici la recette fidèle:

« Prendre un crapaud, l'enfermer dans un bocal avec des vipères et des aspics, leur donner pour toute nourriture des champignons vénéneux, de la digitale et de la ciguë, puis les irriter en les battant, en les brûlant, en les tourmentant jusqu'à ce qu'ils meurent de colère et de faim... Les saupoudrer de verre pulvérisé, les mettre dans une casserole bien bouchée et en absorber lentement l'humidité par le feu. Laisser ensuite refroidir et séparer la cendre des cadavres de la poussière incombustible demeurée au fond du récipient.

« On aura alors une poudre dont l'absorption fera dessécher et vieillir en quelques jours, puis mourir au milieu d'horribles souffrances la victime qui en aura pris une pincée mêlée à sa boisson ».

Chirurgie d'Amérique

Les journaux de San Francisco rapportent les détails sensationnels, Oh combien! d'une curieuse opération faite par un chirurgien américain, le docteur Francis Clark, qui s'est spécialisé dans l'étude de la substitution d'articulations artificielles aux articulations naturelles rendues inutilisables par traumatisme ou par maladie.

Donc le docteur Clark, ayant à traiter un chien qui avait eu une patte de devant écrasé à hauteur de l'articulation fit, sans toucher aux muscles ou aux artères, la résection de la partie osseuse abîmée, puis riva aux os mis à nu une pièce en argent comportant une charnière de façon qu'un « grippage » facheux ne se produisit pas. Les deux extrémités du pivot horizontal que comporte l'articulation ont été munies de diamants et sont par conséquent, inusables.

On assure que le chien peut déjà se servir de sa patte, qui durera maintenant plus longtemps que lui-même. De nombreuses photographies et radiographies ont été prises au cours de l'opération qui, d'après le docteur Clark, a parfaitement réussi et constitue un pas en avant de la science chirurgicale.

Ces choses là, n'est-il pas vrai, n'arrivent qu'en Amérique!...

UN MINISTRE DE L'HYGIÈNE

Discours de M. KLOTZ

Ministre de l'Intérieur, Député de la Somme

à la Séance solennelle de la Société de Préservation de la Tuberculose

« La sombre grandeur du théâtre antique vient du rôle joné dans le développement de l'action par la Fatalité aveugle, invisible mais toujours présente, hostile à la vie ».

Cette pensée profonde de Maeterlinck revenait tont à l'heure à mon esprit lorsque la parole éloquente de votre président évoquait l'image tragique de la tuberculose.

En vérité, c'est bien une de ces « puissances des ténèbres », d'autant plus redoutables qu'elles s'enveloppent de mystère. Heureusement l'homme moderne, dont la résignation est moins grande aux coups aveugles dn Destin, a compris la nécessité d'endiguer le fléau qui s'attaque aux sources mêmes de la vie.

De toutes parts, des barrières se sont dressées sur la route de la tuberculose ; partout on a compris que cette œuvre de défense est pour les penples civilisés une question vitale entre toutes.

Pour la France, en particulier, la lutte contre la tuberculose est essentiellement une question nationale.

Elle se lie intimement à la prospérité générale du pays, à son essor économique, à l'expansion de son influence dans le monde, à sa grandeur, à sa défense.

En prenant la direction de ce mouvement, en organisant en quelque sorte la synthèse des initiatives privées que leur isolement condamnerait à l'impuissance, votre Société a bien mérité de la France et de l'Humanité. Elle a assumé depuis 13 ans la réalisation d'une œuvre aussi nobl qu'utile.

C'est pourquoi, ainsi qu'en 1905 l'un de mes prédécesseurs au ministère de l'Intérieur, mon ami Etienne, dont vous connaissez l'intérêt sans cesse en éveil pour tout ce qui peut contribuer au développement des forces vives de la Nation, je suis heureux d'apporter à votre éminent président, M. le docteur Peyrot et à ses distingués collaborateurs, le témoignage de la gratitude du Gouvernement.

Et, au moment où je prends la parole, je ne puis m'empêcher de me rappeler que sur mon initiative a été instituée en novembre 1912, au ministère des Finances, la Commission chargée de rechercher les moyens d'enrayer la dépopulation. Présidée par M. Alexandre Ribot, dont vous appréciez tous la haute valeur morale et la compétence active, cette grande Commission aboutira à de sérieux résultats.

Parmi ces moyens, le plus utile n'est-il pas la lutte contre la tuberculose ?

Sans donte les statistiques ne sont pas toujours vraies ; mais les chiffres que je vous apporte ce soir, personne ne pourra les contester : ils sont la représentation, malheureusement trop exacte, du mal effrayant qui ravage notre pays.

Sur le nombre total des décès constatés en France, la tuberculose atteint la proportion de 12,07 0/0 et ce coefficient est supérieur à celui de toutes les autres maladies. Il est aussi plus élevé chez nons que partout ailleurs.

Depnis trois ans, nous enregistrons 217 décès causés par la tuberculose pour 100.000 habitants or, pour le même chiffre de population, on relève seulement 168 décès en Allemagne, 166 en Italie, 146 en Angleterre et 139 en Belgique.

Mais le mal paraît encore plus grave quand on remarque que c'est surtout chez les personnes âgées de 20 à 40 ans que la tuberculose sévit particulièrement.

Sur 100 Français (hommes ou femmes) qui meurent à cet âge, 42, c'est-à-dire près de la moitié, meurent de tuberculose : ils sont fauchés au moment où ils pourraient le plus utilement contribuer à la force reproductive, défensive et économique de la Nation.

Dans la lutte contre ce fléau, quel doit être le rôle tactique des pouvoirs publics ?

La Science proclame la supériorité de la préservation sur la thérapeutique.

De même le Gouvernement estime que, s'il a l'obligation de suivre et de favoriser toutes les initiatives ayant pour but de guérir le mal, son devoir est surtout de le prévenir.

Pour atteindre ce résultat, c'est la lutte contre l'alcoolisme, contre les logements insalubres, contre la contagion qui s'impose.

L'alcoolime ! c'est lni qui recrute des candidats à la tuberculose.

Aussi le professeur Hayem a-t-il pu dire dans une formule saisissante : « La tuberculose se prend sur le zinc ! »

Enrayez l'alcoolisme et vous aurez du même coup diminné les décès par tubercnlose.

Une statistique récente, établie sur la demande de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, instituée au ministère de l'Intérieur, dont notre éminent ami, M. Léon Bourgeois, est le président, révèle qu'il y a dans notre pays une concordance frappante entre les départements où les décès par tuberculose sont le plus nombreux et ceux où l'on boit le plus d'alcool.

A Paris, la mortalité par tuberculose est, en 1909, dans la proportion de 44 par 10.000 habitants.

Cette proportion est de 33 dans la Seine, de 30 dans la Seine-Inférieure, de 27 dans les Côtes-du-Nord, de 26 dans le Finistère, l'Ille-et-Vilaine, la Loire-Inférieure, le Rhône.

Elle tombe à 10 dans les Hautes-Alpes.

L'alcoolisme, dont la tuberculose est un des plus douloureux effets, constitue donc un péril national.

Point n'est besoin d'encourager votre Société à persévérer dans la lutte qu'elle a entreprise contre ce redoutable ennemi.

Je veux seulement vous féliciter des résultats que vos efforts ont déjà obtenus et rendre en même temps nn hommage public à ces dévoués instituteurs qui, par leur enseignement de chaque jour et leurs conférences, ont soutenu ces efforts et contribué à former l'opinion populaire sans laquelle ne pourrait utilement s'exercer l'action des pouvoirs publics.

En même temps que l'alcoolisme, c'est le logement insalubre, le taudis, puisqu'il faut l'appeler par son nom, qu'il est indispensable de faire disparaître.

L'Angleterre, à cet égard, nous a montré la voie. Il ne tient qu'à nous de nous inspirer de cet exemple.

Nous avons certes beaucoup à faire ; cependant déjà est intervenue la loi sur les habitations à bon marché dont M. Paul Strauss, ce philanthrope averti, a été l'éloquent rapporteur au Sénat et que je m'honore d'avoir contresignée comme Ministre des Finances.

Ces habitations, dont le Parlement et le Pays veulent l'extension, seront plus nombreuses encore en ce qui concerne Paris où le fléau de la tuberculose est particulièrement redoutable, lorsque la suppression des fortifications aura été décidée.

Ce premier et très appréciable résultat aura pour corollaire le vote par le Sénat de la proposition de loi Siegfried, déjà acceptée par la Chambre, qui a pour objet l'expropriation pour cause d'insalubrité et qui peut avoir des effets considérables.

Mais suffit-il de donner des maisons et des rues spacieuses, d'y faire pénétrer l'air et la lumière ?

Lorsque le mal existe, il faut en empêcher la contagion, et ce résultat, comment l'atteindre, si ce n'est par un ensemble de mesures préventives, au premier rang desquelles je n'hésite pas à placer : la création d'inspecteurs départementaux d'hygiène, l'organisation de services de désinfection, l'institution de régimes spéciaux

de congés et de réforme pour les administrations de l'Etat et les armées de terre et de mer.

Il est navrant de constater que rares sont les départements et aussi les grandes villes où, en cours de tuberculose et même après décès, la désinfection des logements peut être assurée.

De même certains départements, ou bien n'ont pas d'inspecteur d'hygiène, ou bien réservent ces fonctions à un médecin pour qui elles ne constituent que la tâche accessoire.

Il est à souhaiter que nos assemblées départementales suivent l'exemple que leur a donné le Conseil général d'un département qui m'est cher à plus d'un titre.

En 1905, le Conseil général de la Somme, après avoir nommé une Commission chargée d'examiner les moyens les plus efficaces pour combattre la tuberculose, décidait la création d'un service d'inspection et de contrôle de l'hygiène.

Ce fut le premier service créé en France. On y adjoignit un service de désinfection, dont l'organisation — m'a-t-on dit au ministère de l'Intérieur, et ceci, je vous prie de le croire, sans aucune intention de flatterie à mon égard — est citée comme modèle.

En cette matière, c'est aux Assemblées départementales qu'il appartient de prendre des initiatives et, à la veille de la session des Conseils généraux, il me paraît opportun de le leur rappeler.

C'est encore le Conseil général de la Somme — permettez-moi de m'y arrêter à nouveau — qui, le premier, a émis un vœu tendant à rendre obligatoire la déclaration de tout cas de tuberculose ouverte ; il voulait tout au moins rendre la désinfection obligatoire après tout décès, sauf dans le cas où un certificat médical attesterait que la maladie, cause du décès, n'était pas contagieuse.

Vous savez que cette question a donné lieu à un projet de loi qui a été déposé le 5 novembre 1912 sur le bureau de la Chambre.

Quand ce projet aura été voté, quand celui que j'ai eu l'honneur de présenter comme ministre des Finances, au nom du Gouvernement, en faveur des fonctionnaires de nos administrations atteints de tuberculose l'aura suivi, j'ose dire qu'un grand pas aura été fait dans la lutte que nous poursuivons.

Quant à moi, ministre de l'Intérieur, je veux être aussi le ministre de l'hygiène.

Vous me trouverez toujours disposé à seconder votre action et en même temps à proposer l'adoption de toutes nouvelles mesures propres à enrayer le mal.

Dans la tâche qui nous incombe à tous, coalisons nos efforts ; car, aujourd'hui plus qu'hier, un devoir s'impose, plus impérieux que celui créé par les sentiments d'humanité et de solidarité sociale : le devoir de préserver et de fortifier contre cet ennemi redoutable qu'est la tuberculose, la jeunesse française, pour le salut de la Patrie, la consolidation de sa grandeur et le développement de son action dans le monde. Nous n'aurons à regretter ni les efforts ni les sacrifices qui en seront l'inévitable rançon.

Tolstoï et l'hygiène

Tolstoï aimait la simplicité plus que la plupart des hommes.

Voici son code de santé :

1° De l'air frais jour et nuit.
2° De l'exercice tous les jours.
3° Manger et boire avec modération.
4° Des vêtements confortables et pas trop lourds.
5° Un habitation sèche, spacieuse et ensoleillée.
6° Une propreté scrupuleuse, méticuleuse.
7° Un travail régulier et intensif, remède à bien des maux du corps et de l'esprit.
8° Du repos après le travail ; mais non des amusements. La nuit a été faite pour dormir.
9° Pour jouir d'une bonne santé, il faut surtout avoir une vie bien remplie et couronnée de bonnes actions.

Quel Lait devons-nous boire ?

LAIT MORT OU LAIT VIVANT ?

Par M. le Docteur G.-H. NIEWENGLOWSKI
de Tunis

Il est fort regrettable que, par suite de son altération rapide après la traite, on soit obligé, la plupart du temps, de ne consommer que du lait bouilli.

En effet, comme l'a démontré le regretté professeur Charrin, en 1904, l'ébullition présente l'inconvénient de rendre indigeste le lait, en éliminant certains microbes dont le but est de venir en aide aux ferments de l'organisme.

Les travaux de Lorcher ont d'ailleurs montré qu'il fallait un temps trois à six fois plus long pour digérer le lait bouilli que pour digérer le lait cru. Aussi sommes-nous tout à fait de l'avis d'éminents spécialistes tels que M. Lindet qui écrit dans l'ouvrage classique qu'il a consacré au lait : *le lait est non seulement un aliment, mais aussi une source de ferments susceptibles de régulariser l'alimentation ; il vaut mieux consommer du lait cru que du lait cuit dans lequel ces diastases sont détruites* ; ou que M. Francis Marre qui, dans un article sur la valeur relative des divers laits, paru dans la *Revue scientifique* du 17 juillet 1909 écrit : « Le lait naturel, pur et intégral, provenant de bêtes rigoureusement saines, recueilli dans des conditions d'asepsie parfaites et consommé aussitôt que possible après la traite, présente, en général, au point de vue de l'alimentation humaine et de la digestibilité une valeur supérieure à celle des laits soumis aux manipulations conservatrices. »

C'est surtout la crainte de la tuberculose qui a conduit à la stérilisation du lait. Or le lait d'une vache tuberculeuse ne renferme qu'exceptionnellement des bacilles de tuberculose. Mais ce lait n'est plus, à proprement parler du lait. Les analyses faites durant quatre ans par M. Monvoisin qui en a communiqué les résultats à l'Académie des Sciences, montre que le lait fourni par une mamelle atteinte de tuberculose passe insensiblement de la composition normale à celle du sérum sanguin : les cellules épithéliales de la mamelle atteinte laissent osmoser le sérum sanguin sans lui faire subir les modifications ordinaires. Un tel lait ne contient donc pas les matières nutritives que doit contenir un lait sain ; une ébullition — si prolongée soit-elle — ne changera pas sa composition.

C'est là une des raisons pour lesquelles nous ne saurions trop combattre le préjugé qui consiste à exiger de son laitier, pour l'alimentation d'un enfant, du lait provenant toujours de la même vache ; une autre raison est que la composition du lait, chez la même vache, varie d'un jour à l'autre, au cours d'une même journée et même, d'un moment à l'autre de la traite. Le mélange des laits de toutes les vaches d'une même étable a donc une composition plus constante que le produit d'un seul animal qui, d'ailleurs, peut être supposé sain, bien que tuberculeux.

Non seulement le lait cuit ne renferme plus les ferments que renfermait le lait « vivant », mais encore il est privé d'une partie des phosphates qui, avec certains de ces ferments, jouent un si grand rôle dans les phénomènes de nutrition et, par suite, de croissance : ces phosphates existent dans le lait soit à l'état de phosphate de calcium, soit à l'état de phosphates organiques ou lécithines ; l'ébullition chassant le gaz carbonique du lait (gaz carbonique qui en facilite la digestion) précipite une partie des phosphates de calcium et détruit une proportion importante des lécithines.

Ces considérations expliquent pourquoi les enfants élevés au lait stérilisé, au lait condensé, au lait en poudre, etc..., ne sont jamais aussi beaux que ceux élevés au lait naturel ; il est rare qu'ils ne présentent pas quelque trouble de la nutrition dû à ce qu'au lieu du liquide doué de propriétés vivantes dont ils avaient besoin, on leur a donné un liquide mort. « C'est ainsi que les victimes du scorbut infantile se recrutent exclusivement parmi les enfants allaités artificiellement avec des laits stérilisés quelconques et, par une contre-épreuve thérapeutique vraiment démonstrative, on sait que *la cure de cette affection réside justement dans l'administration d'aliments frais vivants, n'ayant pas subi la stérilisation préalable*, savoir : le lait frais, *les jaunes d'œufs, les jus de fruits, etc.* » (A. Martinet. Les aliments usuels).

Il est vrai qu'on peut à la rigueur, suppléer à la diminution des phosphates dans les laits bouillis, stérilisés, condensés, etc., par cette excellente décoction de céréales dont le Docteur Springer a montré le rôle dans la thérapeutique des arrêts de croissance.

C'est encore à l'apparition du lait stérilisé que l'on doit l'augmentation des cas de la si grave gastro-entérite qui enlève tant de nourrissons, gastro-entérite dont la cause essentielle, sinon unique, est la suralimentation comme l'a si bien démontré le doc. teur Blairon auquel nous empruntons les si justes lignes suivantes : « Les générations actuelles vivent sous l'impression des idées admirables de Pasteur ; mais elles ont peut-être eu le tort de les généraliser. De ce qu'un lait est stérilisé, pasteurisé ou simplement bouilli, il ne s'ensuit pas qu'il devienne inoffensif à n'importe quelle dose. Et c'est là le grand reproche que nous ferons au lait stérilisé.

« Comme il réalisait un progrès sur le lait ordinaire, puisque son prix élevé permettait aux industriels de le fournir excellent sans trop de regret et avec un honnête bénéfice, il a donné au grand public et aux médecins une *fausse sécurité* et l'on s'est empressé de l'administrer à des doses quelconques sans tenir compte des données précises de la physiologie et de la biologie. »

Cette fausse sécurité que donne le lait stérilisé a été confirmée au sujet d'intéressantes expériences faites par MM. Morgan et Harvey en vue de fixer la durée de l'existence du bacille de la fièvre typhoïde en dehors de l'organisme ; ils ont constaté que le lait préalablement pasteurisé contenait le bacille de la fièvre typhoïde vingt-quatre heures après l'ensemencement, tandis que le lait non stérilisé ne contenait plus que l'inoffensif B. *coli*, ce qui montre que le dé

veloppement de certains microbes pathogènes est favorisé dans un milieu privé de bactéries antagonistes, tandis qu'il est contraire par le développement de ces mêmes bactéries. Or, nous pourrions citer nombre de cas de fièvre typhoïde transmis par des gens en état de santé, mais porteurs de bacilles : l'eau n'est pas le seul véhicule du bacille de la fièvre typhoïde.

En ce qui concerne le lait de *vache*, ce que doit faire le consommateur, c'est donc, au lieu de ne s'astreindre qu'à consommer du lait bouilli, d'exiger une surveillance très sévère des vacheries : il faut obtenir que les étables soient tenues dans un bon état de propreté, que la litière soit renouvelée fréquemment pour diminuer les chances de souillures des pis de la vache par ses déjections, que le vacher ne considère pas l'étable comme un cabinet d'aisances mis à sa portée ; que la personne chargée de la traite porte des vêtements propres, brosse la vache, lave ses mains et les pis à l'eau bouillie avant la traite, qu'elle n'emploie que des récépients parfaitement lavés, rejette les premières portions sortant du pis et écume, après la traite, la mousse qui retient quelques-unes des poussières de l'étable, etc.

Le lait doit être consommé cru *immédiatement après la traite*. Le lait est, en effet, un excellent milieu de culture pour les microbes qui s'y multiplient avec une très grande rapidité. M. Miquel ayant fait la numération des microbes se développant dans le lait abandonné à lui-même en a trouvé dans une de ses expériences 9 500 par centimètre cube au bout d'une heure ; 11.000 au bout de deux heures, 13.500 au bout de trois heures, 30.000 au bout de quatre heures, 230.000 au bout de huit heures, 63.500.000 au bout de vingt-cinq heures. Aussi le lait devient il rapidement impropre à l'alimentation et peut-il même devenir dangereux ; s'il peut se faire que tous ces microorganismes soient inoffensifs, ils modifient la composition chimique du lait.

Malheureusement dans les grandes villes, on est obligé de faire venir le lait de localités situées à une certaine distance et il risque fort de s'altérer pendant le temps que dure le transport. Aussi a-t-on cherché divers procédés permettant de conserver le lait en empêchant la multiplication des microbes. Nous avons vu les inconvénients que présente la stérilisation par la chaleur ; l'addition d'antiseptiques ne peut non plus être employée.

« La congélation doit être, comme pour la viande, laissée de côté. Ses inconvénients sont très connus aujourd'hui. Au contraire, la conservation par le petit froid ou réfrigération, au-dessus de 0°, laisse au lait son homogénéité, toutes ses propriétés gustatives, digestives, nutritives et c'est, on peut dire, du lait vivant qu'on livre ainsi à la consommation ; car, après l'avoir laissé revenir à la température ambiante, on peut constater qu'il n'a subi histologiquement, chimiquement, biologiquement, aucune modification permettant de le distinguer du lait cru qui sort du pis de la vache.

« Ainsi que l'a démontré Coplands, le lait récemment trait jouit d'une propriété bactéricide faible qui se conserve pendant trois heures dans le lait réfrigéré ; lorsqu'il est ramené à la température normale de +20°. En outre, le développement des bactéries y est arrêté pendant neuf heures. Il faut donc le réfrigérer immédiatement après la traite et le maintenir ensuite dans un endroit frais. » (Dr Lortat-Jacob, Société de médecine publique et de génie sanitaire(¹).

En ce qui concerne le *lait de chèvre* que l'on préconise à tort sous prétexte que la chèvre est réfractaire à la tuberculose, il ne faut pas oublier qu'il peut transmettre la fièvre de Malte, maladie aussi redoutable que la tuberculose; aussi nous ne saurions trop conseiller, avec le Dr Wurtz, aux personnes qui séjournent dans les pays où règne la fièvre de Malte, en particulier dans le Midi, en Algérie et surtout en Tunisie, de *s'abstenir de lait de chèvre*, ou du moins de ne le consommer que *parfaitement bouilli*.

Rappelons à ce propos, que le lait doit être bouilli *immédiatement* après la traite, c'est-à-dire avant que la multiplication des microbes ait modifié sa composition, et qu'il ne faut pas confondre l'ébullition avec la « montée du lait » qui a lieu dès 75°, température insuffisante pour détruire les germes ; il faut, à ce moment, fendre avec une cuiller bien propre (préalablement passée à l'eau bien bouillante), la peau qui recouvre le lait et laisser ce dernier bouillir cinq à dix minutes à gros bouillons.

Le lait de chèvre, cru ou bouilli, cru à cause de la transmission possible de la fièvre de Malte, bouilli à cause de sa déminéralisation et de la destruction des ferments utiles ne doit donc pas être employé à l'alimentation du jeune nourrisson.

Celui-ci doit — c'est l'occasion de le rappeler — sauf les excessivement rares cas d'ordre physiologique d'impossibilité — être nourri au lait de sa mère, *qui lui appartient*. Si dans la classe aisée il en est trop souvent hélas ! privé, c'est pour diverses raisons non valables, telles que les devoirs mondains, la paresse, l'indifférence et la coquetterie au sujet de laquelle Marfan a écrit : « L'allaitement ne nuit pas à la beauté. On l'accuse de la déformation de la taille, *quand c'est le corset qui est d'ordinaire le coupable* ! On l'accuse aussi d'amollir les seins ; or la flaccidité des mamelles est aussi bien la conséquence d'une grossesse non suivie d'allaitement. Au dire de M. Rouvier, de Beyrouth, les Géorgiennes réputées les plus belles femmes du monde, pratiquent l'allaitement maternel sans exception. »

C'est aussi à l'ignorance des jeunes mères et aux mauvais conseils qu'elles reçoivent qu'est dû l'abandon, qu'on peut qualifier de criminel — de l'allaitement maternel.

Leur ignorance commence à disparaître, au moins en France, grâce aux cours de puériculture qui sont faits dans la plupart des écoles et lycées de jeunes filles, depuis la si intéressante initiative du vice-recteur de l'Académie de Paris, E. Liard, initiative qui a donné naissance au si bon petit livre de puériculture du professeur Pinard. Cet exemple est suivi aussi en Tunisie où le petit traité de puériculture adapté au pays du Dr Bruch obtient un si légitime succès.

(1) *Revue Générale du Froid*, Septembre 1912, p. 530.

Le Traitement de la Goutte

La question du traitement des goutteux est entre les médecins matière à controverses.

Naturellement, aujourd'hui, tout le monde est d'accord à ne plus employer les soidisant panacé, *poudre de Pistoïa*, *poudre de Portland*, *remède de Mlle Stephen*, qui consistait en une association de coquilles d'œufs et de savon, etc.

Mais, si ces remèdes secrets sont, à l'heure présente, unanimement délaissés, des divergences sérieuses n'en subsistent pas moins sur l'opportunité de savoir s'il convient ou non de recourir à une médication spécifique.

Vis-à-vis de la goutte, en effet, celle-ci existe indiscutablement. Personne n'ignore que le colchique permet de calmer les accès, qu'il constitue réellement un remède héroïque.

Mais le colchique est aussi un remède dangereux et de maniement délicat ! Et puis, estiment de nombreux et excellents médecins, est-il si utile que cela, dans l'intérêt bien entendu du malade, de l'employer à couper les accès.

Certains maîtres ne le pensaient pas. L'illustre Trousseau, après y avoir eu recours au début de sa carrière, n'avait pas tardé à abandonner son emploi.

« Au début de ma pratique, a-t-il écrit dans ses *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, j'ai tenté, comme beaucoup d'autres, de lutter contre le mal; aujourd'hui, je reste les bras croisés, je ne fais rien, absolument rien contre les attaques de goutte. Quand, fort d'une conviction, j'ai abandonné le malade à luimême, la crise passée, il en sortait dans les conditions les meilleures, et, par quelques souffrances, il avait acheté une série de bons mois de bonne santé. Quand, au contraire, j'enrayais les accès, et cela est malheureusement trop facile, je courais grand risque de les voir revenir à intervalles plus rapprochés et changer une goutte franche et passagère en une goutte froide, chronique et persistante. Aussi, je me garde bien, à présent, de chercher à étouffer ces douleurs, que je regarde comme si favorables aux goutteux ».

A l'encontre de Trousseau, d'autres médecins distingués, Dyce Duckworth, Lécorché, Albert Robin, entre autres, estiment qu'il peut être bon de recourir à l'emploi du colchique, le malade une fois préparé, cependant.

Quoi qu'il en soit, si employé à bon escient, le colchique peut rendre de signalés services, il n'en est pas moins certain qu'il demeure un médicament dangereux et d'emploi délicat. Comme le disait naguère M. le Dr Maurice de Fleury, de l'Académie de Médecine, dans son *Bréviaire de l'Arthritique*, « ces drogues ne valent qu'employées à juste dose, au moment opportun, que maniées avec la plus souple dextérité et quittées dès qu'elles ont rempli leur fonction vis-à-vis de l'accès aigu. »

De tout ceci, on le voit, résulte ce fait que le traitement des accès de goutte est particulièrement délicat et que le mieux encore pour le malade est de s'efforcer d'en

prévenir la venue par un régime convenable.

La goutte, on le sait, est la résultante de l'accumulation dans le sang et dans les tissus de l'acide urique.

Il importe donc, avant toutes choses d'instituer pour tout sujet arthritique exposé à des accès de goutte un régime qui réponde au minimum d'apport d'acide urique à l'organisme. C'est pour cela, du reste, qu'indistinctement tous les médecins recommandent à tous ces malades l'abstention de tous les aliments riches en purines et en principes xantho-uriques — abats, ris de veau, cervelles, rognons, viandes jeunes, haricots, pois, fèves, lentilles, café, thé, chocolat, cacao, etc., — et aussi de tous les aliments acides, en particulier de ceux renfermant les acides oxalique, lactique et acétique — oseille, rhubarbe, cresson, champignons, truffes, céleris, radis, navets, etc., — qui favorisent la précipitation de l'acide urique et ne peuvent contribuer, par suite, qu'à aggraver l'uricémie.

Mais la judicieuse réglementation alimentaire n'est pas tout. Il y a mieux encore à faire et ce mieux est de prescrire au malade, sans attendre l'accès, non pas un médicament plus ou moins toxique et qui agit surtout sur l'élément douleur, mais un solvant inoffensif de l'acide urique et des urates, grâce auquel ceux-ci se trouveront éliminés de l'organisme, au fur et à mesure de leur production.

Or, ce solvant aujourd'hui existe. C'est l'urodonal, dont les précieuses qualités ont été reconnues par de nombreux professeurs en tous pays dans des travaux importants et de savantes communications aux Académies. Citons par exemple l'éminent professeur Lancereaux, ancien président de l'Académie de Médecine, qui en recommande l'usage dans son *Traité de la goutte*.

Combiné au régime alimentaire que doit observer tout arthritique soucieux de sa santé, l'urodonal, grâce à ses admirables qualités solvantes, préserve avec certitude contre le danger des attaques d'uricémie et, si on a laissé celles-ci se produire, permet d'en abréger notablement la durée. Trente-sept fois plus actif que la lithine, l'urodonal, en effet, assure chez tous les arthritiques un véritable drainage urique, si bien que sous son action, et Lancereaux l'avait bien observé, les tophi des goutteux, la gravelle, semblent, pour ainsi parler, fondre littéralement à la façon d'un morceau de sucre jeté dans un verre d'eau.

En somme, par l'usage de l'urodonal, le sujet arthritique peut opérer en tout temps une réelle cure de désintoxication et ainsi prévenir les manifestations pathologiques, quelles soient-elles, dont il se trouve menacé.

On ne saurait contester que ce soit là la meilleure des conduites à tenir. Mieux, en effet, est de prévenir le mal que d'avoir à en combattre les atteintes.

Dr G. Blénard.

DES MÉDECINS ALLEMANDS

La santé des Allemands laisserait-elle à désirer, ou bien devient-on plus douillet de l'autre côté du Rhin? Quoi qu'il en soit, le nombre des médecins de l'empire du kaiser est passé de 27.978 en 1901 à 33.527 en 1912.

Cela fait une proportion de 5,06 par 10.000 habitants, contre 4 92 en 1901 Si cela continue, comment nos voisins résisteront-ils à tant de soins?

Petite Enquête chirurgicale (1)

(*Suite*)

A qui doit appartenir une balle reçue par un blessé? Au chirurgien qui l'a extraite, ou au blessé qui l'a reçue? Tel est l'objet de l'enquête toute d'actualité poursuivie actuellement par *la Gazette médicale de Paris* auprès de ses lecteurs.

XIV

M. le docteur Legnen, professeur de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Paris, nous a fait tenir la réponse suivante :

Monsieur,

A votre enquête, je répondrai ceci :

La balle est la propriété du blessé ; le chirurgien ne m'apparaît jamais en ces matières que comme un opérateur qui se substitue au blessé pour une opération que celui-ci n'a aucunement la possibilité de faire.

Et si le blessé, ou le calculeux ne veut pas faire au chirurgien présent de sa balle ou de son calcul, je trouve qu'il exerce absolument son droit de propriété : propriété littéraire, artistique, pathologique.

Mes meilleurs sentiments,

Pr. Legueu

XV

Nous avons reçu de M. le docteur Potherat, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu, une réponse fort propre à intéresser les médecins légistes et les avocats, en raison du point de droit qui s'y trouve soulevé.

« En principe, le seul et légitime propriétaire du projectile est *celui* qui, le possédant, en a chargé son arme et l'a envoyé dans le corps du blessé. Ce propriétaire authentique ne réclamé jamais son bien.

« Entre l'opérateur et l'opéré, la question est tout autre. Ni l'un ni l'autre ne sont les propriétaires du projectile. Mais aussi bien, puisqu'il doit rester à l'un d'eux, j'estime que le possesseur doit être le chirurgien qui l'a extrait, car, il doit pouvoir toujours *prouver* qu'il l'a rétiré et devrait pouvoir toujours le *représenter* si une action judiciaire intervenait, quelle que fût au reste, l'origine ou la raison d'être de cette action judiciaire.

« Voilà ce qui me semble logique ; en fait, c'est ainsi que les choses se passent d'ordinaire.

Dr J. Potherat.
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

XVI

M. le docteur Routier, chirurgien des hôpitaux, n'admet que le droit de propriété du malade.

Lorsque j'enlève un corps étranger à un malade, j'estime que ce corps étranger lui appartient et, si pour un motif quelconque je veux le garder, je le demande au malade. — J'en fais autant pour les calculs, pour l'appendice.

Dr Routier.

XVII

Notre distingué collaborateur, M. le docteur F. Cathelin, nous adresse une réponse motivée où il apprécie les droits du malade et ceux du médecin suivant les circonstances.

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'ai bien reçu la notice de votre enquête chirurgicale sur l'histoire relatée de la balle bulgare.

La question diffère, à mon avis, suivant qu'il s'agit d'un malade d'hôpital opéré gratuitement ou d'un malade de ville.

Pour ces derniers, à la rigueur, le *droit à la pièce* pourrait encore être discuté mais pour les autres, soignés et opérés gratuitement, il semble bien qu'il y ait un accord facile entre les deux parties, dont le droit pour le chirurgien de conserver le corps étranger qu'il a enlevé, comme récompense en quelque sorte du mal qu'il s'est donné au cours d'une opération difficile. D'ailleurs, la question ne se poserait pas je pense, pour des pièces anatomiques moins « appétissantes » et ne peut exister que pour des cas de corps étrangers comme la balle ou encore — et je fais ici allusion à la spécialité dont je m'occupe — pour un calcul vésical ou rénal.

Le souvenir ici se transforme très souvent en *sentiment de fierté* et le mieux est un arrangement amiable entre les deux parties, le droit pour l'opéré de conserver pendant quelque temps son mauvais objet pour le montrer à ses amis et le droit pour le chirurgien de le conserver... pour l'éternité.

Croyez-moi, Monsieur le Rédacteur en chef, Votre très dévoué,

Dr F. Cathelin.

XVIII

M. le professeur M. Reynès, chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille, estime que pour un soldat blessé plus encore peut-être que pour tout autre malade, le droit de propriété sur le projectile est complet.

« En thèse générale tout ce que nous enlevons chirurgicalement à un malade ou à un blessé lui appartient : balles, corps étrangers, calculs etc., etc.

« Exception faite, de par la loi, pour tout ce qui peut servir à une information judiciaire, et qui n'appartient, ni au malade ni au chirurgien, mais à la Justice : corps étrangers, instruments tranchants ou autres, couteaux, balles que nous enlevons dans les cas de suicide, d'accidents ou d'homicides donnant lieu à une instruction judiciaire.

« Généralement, nos opérés, heureux d'être débarrassés de leurs corps étrangers les laissent au chirurgien : mais ce n'est qu'une tolérance qui profite à la science et à nos collections. Nous n'avons aucun droit pour légitimer des prétentions de soi-disant propriété. J'ai des opérés qui ne m'ont pas « donné » leurs calculs, mais m'en laissent le libre usage.

« Dans le cas particulier du chirurgien balkanique, et du soldat bulgare, je donne raison au soldat contre le chirurgien. Ici plus que jamais, je comprends et j'approuve les prétentions du blessé sur la propriété d'une balle qui aurait pu lui coûter la vie. Cette balle est pour lui un témoignage des plus honorables de sa belle conduite et des dangers courus pour la défense de son pays ; c'est un document-souvenir auquel il a absolument droit ».

Professeur H. Reynès.
Chirurgien en chef des Hôpitaux de Marseille

(1) Voir la *Gazette médicale de Paris*, n° 193, du 9 avril 1913, p. 112 et 194, du 16 avril, p. 118.

REVUE DE PATHOLOGIE

La Maladie de Quincke

Sous le nom de maladie de Quincke, on désigne une affection décrite par cet auteur en 1842 et consistant en un syndrome caractérisé par l'apparition d'œdèmes aigus circonscrits, fugaces et récidivants.

Les tuméfactions œdémateuses surviennent brusquement, en pleine santé, sont *localisées* superficiellement, de consistance assez ferme, peuvent occuper tous les points du tégument, mais surtout la face (paupières, lèvres, etc.), parfois les muqueuses (gastro-intestinale, nasale, laryngée, conjonctivale, etc.). Leurs dimensions varient de 2 à 10 cm. Elles sont extrêmement fugaces, ne s'accompagnent ni de rougeur de la peau ni de douleurs. Parfois elles coïncident avec des plaques d'urticaire et des troubles gastro-

intestinaux (crises de vomissements, coliques, diarrhée).

A part certaines localisations (larynx), ces œdèmes, parfois génants, n'offrent pas de danger. La localisation au larynx a pu commander la trachéotomie.

La maladie se rencontre à tout âge, mais surtout dans la première moitié de la vie ; parfois héréditaire et familiale, elle survient souvent chez des nerveux ou chez des gens atteints de troubles digestifs. Très comparable à l'urticaire, elle se place avec lui dans le cadre des angio-neurones toxiques.

Le traitement, assez peu efficace, doit viser le nervosisme des sujets (hydrothérapie), auto-intoxication intestinale (régime analogue à celui de l'urticaire), exercer une action vaso-constrictive au moment des crises (quinine et ergotine associées à faibles doses, belladone ; parfois digitale à petites doses).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

L'Ipéca à toutes petites doses dans certains troubles digestifs tenaces de l'enfance

Par M. le Dr ROUSSEAU SAINT-PHILIPPE (de Bordeaux)

1° Il existe chez les enfants de dix-huit mois à deux ans, trois ans et même quatre ans et plus, des troubles digestifs qui, par leur allure, leur durée et leur résistance arrivent à constituer une véritable maladie : ce sont la constipation, l'atonie intestinale, l'inappétence, la dyspepsie, et l'apepsie, avec leurs conséquences, l'intoxication, la dénutrition, l'anémie, la dystrophie et l'atrophie.

2° Ces troubles de second plan offrent un type morbide à peu près uniforme et des symptômes accusant à la fois la souffrance des voies digestives et la souffrance de l'organisme. Ils sont primitifs ou secondaires : mais, quelle qu'elle soit, la cause disparaît pour faire place à un syndrome caractérisé par la triade bien connue de l'anorexie, de la stase fécale et de l'évacuation intermittente plutôt que régulière de matières muco-membraneuses. Ils sont souvent entretenus par une thérapeutique et un régime erronés.

3° L'amélioration purement momentanée ou même l'insuccès complet des méthodes d'antisepsie chimique et de transformation de l'ambiance démontrent l'inutilité des efforts tentés dans ce sens.

4° L'expérience prouve, au contraire, que les troubles en question sont dus en grande partie à l'arrêt de fonctionnement du foie et au déficit de la sécrétion biliaire, qui retentissent fâcheusement sur la digestion et la nutrition, qu'ils entravent et dépravent. C'est donc de ce côté qu'il faut agir.

5° Les cholagogues et en première ligne l'*Ipéca* semblent bien être le traitement de choix pour combattre ces accidents. C'est à la teinture qu'il faut avoir recours à petites doses, régulièrement progressives et prolongées jusqu'à parfaite guérison.

En même temps, et grâce à ce puissant modificateur de l'action digestive, il conviendra de modifier le régime, d'en diminuer la sévérité, en le variant et en l'augmentant de façon rationnelle.

La pyélonéphrite des femmes enceintes

Fréquente chez la femme enceinte, la pyélonéphrite se présente rarement avec tous les signes classiques.

Tout à son début, alors que la pyurie n'est pas encore nettement constituée, son diagnostic présente de réelles difficultés.

Le palper rénal, l'examen des urines ne permettront, en effet, qu'après un certain temps écoulé de déterminer la nature réelle de l'affection.

Celle-ci reconnue, cependant, comment la traiter ?

Il est indiqué tout d'abord d'instituer un traitement médical qui suffit du reste dans le plus grand nombre de cas pris au début pour amener la complète guérison.

La première indication à remplir est d'activer la diurèse et d'assurer l'antisepsie des voies digestives et urinaires. Dans ce but, on prescrira un régime lacto-végétarien et l'on fera boire des tisanes diurétiques (infusions de stigmates de fleurs de maïs, eau lactosée, etc.) et l'on assurera l'antisepsie urinaire par une cure de pagéol (12 à 16 capsules par jour, prises en trois ou quatres doses au moment des repas).

Le pagéol, qui résulte de l'association du bicamphocinnamate de santalol et de dioxybenzol aux principes actifs de *Fabiana imbricata* et d'*Hysterionica baylahuen* est un admirable désinfectant de l'arbre urinaire dans toute son étendue et en réalise rapidement l'asepsie. Mais, de plus, comme les infections rénales sont souvent liées à des accidents de stase intestinale, si fréquents chez les femmes enceintes, pour prévenir des réinfections possibles, il est important de prescrire en même temps que le pagéol l'usage régulier du jubol qui rééduque l'intestin et assure mécaniquement et opothérapiquement son évacuation régulière et sans jamais déterminer d'irritation quelconque.

Cette médication extrêmement simple ne manque pas, en règle générale, de remettre tout en place. L'infection ne tarde pas à disparaître avant même la fin de la grossesse et celle-ci peut se terminer naturellement.

REVUE DE CHIRURGIE

Du drainage dans les résections pour Tuberculose Ostéo-Articulaire

Par M. le Dr BERARD

A plusieurs reprises, depuis deux ou trois ans, nous avons discuté les détails techniques opératoires, qui doivent être appliqués aux résections dans la tuberculose ostéo-articulaire. Grâce aux progrès de l'asepsie, de l'hémostase et des méthodes de coaptation osseuse, nous sommes arrivés à abréger notablement la durée du traitement dans ces résections et à en améliorer encore les résultats définitifs. Ce n'est point ici le moment d'envisager si la résection doit être conservée comme méthode de traitement dans la tuberculose des grandes articulations. Chez l'adolescent et chez l'adulte, même les partisans les plus enthousiastes de l'héliothérapie et du traitement orthopédique pur ont dû reconnaître que, passé l'âge de 16 à 18 ans, les sujets atteints de tuberculose du genou et du cou-de-pied, avec lésions osseuses et fongosités diffuses de la synoviale, doivent être soumis, très souvent en dernier recours, à la résection : c'est l'opinion qui se trouve exprimée, notamment par M. de Quervain dans ses récents articles de la *Semaine Médicale* (novembre-décembre 1912).

Si l'on est d'accord sur les indications fréquentes de ces résections, on est encore partagé sur le point suivant : faut-il après l'éradication des lésions et en s'en tenant aux règles d'Ollier — c'est-à-dire en gardant le périoste et en respectant les cartilages de conjugaisons — chercher la cicatrisation rapide du foyer opératoire par une suture totale sans jamais drainer, ou au contraire le drainage doit-il être maintenu et dans quel cas?

Nous allons successivement envisager :

1° Les résections après lesquelles on cherche l'ankylose en position rectiligne : telle la résection du genou.

2° Les résections où l'on recherche des mouvements dans la néarthrose : telles les articulations du cou-de-pied, du poignet, du coude et de l'épaule.

A) *Pour le genou.* — Quel que soit le type de la lésion qui commande la résection, nous procédons de la façon suivante :

a) La technique générale est celle d'Ollier, mais avec suppression de l'application préalable de la bande d'Esmarch, l'hémostase étant réalisée au fur et à mesure de la découverte des vaisseaux, afin d'éviter l'hémorragie post-opératoire.

b) Destruction aussi complète que possible de toutes les lésions bacillaires au bistouri, à la curette, à l'eau oxygénée, au thermocautère, de façon à obtenir un foyer bien asséché et à paroi d'apparence saine.

c) Coaptation exacte des surfaces tibio-fémorales par une ou même par deux agrafes osseuses.

Reste la question de la suture et du drainage : depuis plusieurs années nous réduisons de plus en plus le drainage, sans toutefois l'exclure dans tous les cas, comme le voudrait M. Villard. Sur ce point, voici les indications qui nous ont semblé se dégager de dix-huit résections de genou pour tuberculose, pratiquées par nous depuis trois ans : 16 de ces cas ont été publiés en 1912, dans la thèse de notre élève et ami Bidon, les deux autres opérés depuis, viennent de se terminer par la guérison ; c'est un de ces cas que je présente aujourd'hui.

1° Dans les tuberculoses fibreuses, encore en évolution, on tendant à la guérison en attitude vicieuse, dans les formes fongueuses, même suppurées mais non fistuleuses et sans collection arthrifluente en dehors de la synoviale, actuellement nous pratiquons la suture immédiate des téguments et nous traitons le foyer comme une plaie aseptique. La guérison s'obtient presque toujours alors par première intention ; et la consolidation est réalisée au bout de 40 à 50 jours. Chez le malade que nous avons amené ici, il s'agissait d'une tuberculose de l'adolescence pour laquelle A. Reverdin avait fait la synovectomie du genou, il y a 13 ans.

Après trente années de guérison apparente, le malade avait recommencé à souffrir. Le genou gauche devenu douloureux à la pression sur l'interligne, fut immobilisé pendant neuf mois avec application de pointes de feu et de révulsifs.

Comme au bout de ce temps, il n'y avait pas d'amélioration notable, j'ai pratiqué la résection du genou.

Il y avait dans les épiphyses tibiales et fémorales des tubercules ankystés et de l'infiltration diffuse avec des abcès fongueux. Néanmoins j'ai terminé par une suture totale des parties molles après enclouage des surfaces osseuses au moyen de deux agrafes. Aujourd'hui, au 53e jour, la plaie opératoire ne se reconnaît plus que par une cicatrice linéaire ; la consolidation osseuse, assez avancée, peut permettre à l'opéré de frapper du talon dans la paume de la main. Le premier pansement avait été fait au 30e jour, le massage des muscles de la jambe et de la cuisse commencé le 40e jour.

2° A côté de ces formes favorables, il en est *d'autres où l'on a intérêt à maintenir le drainage*. Ce sont les formes suppurées avec foyer extra-articulaire fistuleux, infectées secondairement et même quelques formes à lésions presque exclusivement synoviales, mais à fongosités exubérantes, lie de vin chez des sujets débiles, pâles, chez les gras lymphatiques, surtout s'ils sont porteurs de lésions viscérales. Dans ces cas, les parties molles périarticulaires se défendent mal, le tissu cellulaire voisin s'inocule facilement et si l'on ne draine pas les espaces périsynoviaux, les foyers fongueux résiduels que l'on peut observer retardent de plusieurs

mois parfois, la guérison définitive, ainsi que nous l'avons vu chez deux de nos opérés.

Le drainage ne prolonge pas beaucoup, d'ailleurs dans ces cas, la durée du traitement : le premier pansement peut être fait au 30e et 40e jour et la cicatrisation définitive peut être obtenue au bout du deuxième mois.

B) Après les résections qui laissent un espace mort et où l'on recherche de la mobilité de néarthrose, à l'épaule, au coude, au poignet et au cou-de-pied, quand il s'agit de tuberculose fongueuse ou suppurée, même non fistuleuse, après avoir détruit aussi largement que possible toutes les lésions, nous ne nous croyons pas autorisé encore à abandonner, comme le préconisent MM. Villard et Tavernier, la cavité résiduelle pleine de sang, au sein de tissus suspects sous une suture hermétique. Nous préférons assurer pendant 48 heures, une hémostase exacte par un tamponnement à la gaze imbibée d'eau oxygénée, puis nous remplissons l'espace mort par un plombage au mélange de Mosetig à l'iodoforme et nous fermons tout. Ou bien alors le mélange se résorbe sous la peau suturée et l'on n'a plus à faire aucun pansement ; ou bien ce mélange s'élimine en partie, quand la cavité donne un suintement copieux ; il suffit de faire quelques pansements espacés très simples, à la portée de tous les médecins et la guérison n'en est pas notablement retardée.

Voici un malade opéré ainsi dans des conditions peu favorables ; tuberculeux pulmonaire à évolution fibreuse ancienne, nous l'avons soigné depuis deux ans à plusieurs reprises dans notre service, pour des lésions bacillaires de la main gauche ; il a subi une amputation du médius et plusieurs interventions sur les métacarpiens. En cours de traitement, il a présenté une arthrite tibio-tarsienne droite très douloureuse, avec un empâtement volumineux de l'arrière-pied. La radiographie, puis l'opération nous montrèrent un astragale très oblitéré au niveau du col et de la tête astragalienne. Après astragalectomie et curetage de la synoviale malléolaire interne, le tamponnement oxygéné, puis le plombage ont donné le résultat que vous pouvez constater.

Les deux incisions de la résection sont réduites à une cicatrice linéaire ; il ne subsiste au 40e jour et après quatre pansements superficiels qu'un petit orifice au niveau du trou de plombage par où s'élimine un peu du mélange. Le pied est mobile, sec, indolore ; le malade pourra rentrer chez lui quand il voudra, et je n'ai aucune arrière pensée touchant une guérison durable.

Je ne sais pas si l'on aurait obtenu mieux, ou aussi simplement un tel résultat par la suture immédiate totale. Je persiste à croire, parce que j'ai vu jusqu'ici que l'abandon d'une cavité, pleine de caillots, après une résection pour tuberculose fongueuse en évolution, peut exposer à des complications immédiates graves, localement ou à distance, que les réinoculations des parties molles par le bacille de Koch s'en trouvent facilitées et que l'on n'a pas toujours ainsi l'assurance d'abréger et de simplifier le traitement. Cette opinion me paraît encore plus formelle pour les tuberculoses articulaires fistulisées et infectées secondairement. C'est l'examen prolongé des séries de cas opérés suivant telle ou telle de ces méthodes qui nous permettra de faire un choix entre elles (1).

Résultats éloignés des opérations conservatrices de l'ovaire

M. le Dr Walther, chirurgien des hôpitaux, a réuni les résultats éloignés des opérations conservatrices de l'ovaire, résection partielle ou ignipuncture, effectuées dans son service, à l'hôpital de la Pitié, de 1901 à 1912.

Sur 139 opérées, 98 ont pu être retrouvées. Dans 68 cas, on a pu constater la guérison complète. Dans 12 cas, on a constaté une sensibilité plus ou moins vive des ovaires à l'exploration bimanuelle, sans douleurs spontanées. Dans 6 cas, les femmes souffrent encore, par moment, surtout pendant les règles. Dans 8 cas, résultat thérapeutique nul, persistance des douleurs. Dans 4 cas, une intervention nouvelle (hystérectomie) a été indiquée par récidive d'annexite.

La valeur fonctionnelle des ovaires partiellement réséqués est prouvée par le nombre des grossesses.

En supprimant de la liste générale des opérées, les cas de résection partielle unilatérale avec autre côté sain et les cas de résection bilatérale des trompes avec conservation d'un ovaire, on ne trouve que 76 cas pouvant donner la preuve certaine de la valeur de l'ovaire réséqué (résection partielle bilatérale ou résection totale d'un côté, partielle de l'autre).

Sur ces 73 opérées, 18 ont eu des enfants, soit 24 0/0 (16 ont eu un enfant, 2 en ont eu 2).

Ce pourcentage déjà satisfaisant est peut-être inférieur à la vérité, car il s'agit d'une statistique globale.

Dans un premier relevé, établi en 1910, M. Walther avait constaté une proportion globale de 20,34 0/0 et une proportion de 57 0/0 en ne comptant que les opérées revues après plusieurs années.

En tous cas, la résection partielle de l'ovaire doit toujours être tentée chaque fois qu'elle est possible, c'est-à-dire quand la trompe est perméable, même quand l'ovaire semble altéré. M. Walther cite deux cas de femmes auxquelles il a réséqué les annexes d'un côté et laissé un minime fragment de l'autre ovaire et qui ont eu chacune 3 enfants.

La crainte de rechutes, toujours possibles, nécessitant une nouvelle opération, ne doit pas arrêter. Ces rechutes sont rares, au moins sous une forme assez sérieuse, pour indiquer une opération puisque sur 139 cas, l'auteur n'a observé que 8 fois la persistance d'accidents qui l'ont obligé, 4 fois, à une intervention secondaire. Et dans la détermination de la conservation, elles ne peuvent être mises en opposition avec les résultats heureux, avec le rétablissement complet de la fonction ovarienne.

REVUE DE PÉDIATRIE

De l'Évolution de la Tuberculose chirurgicale chez le Nourrisson

Par le Docteur FRŒLICH (de Nancy)

Si, d'une façon générale, le développement de la tuberculose chirurgicale, dans son mode d'apparition, dans sa fréquence, dans sa durée, dans son aspect, ressemble à celui qu'elle présente chez l'enfant plus âgé, il y a cependant quelques particularités très importantes qu'il convient de noter.

La fréquence de cette tuberculose chez le nourrisson est très grande. Si l'on porte la durée de l'enfance jusqu'à la quinzième année, nous voyons que la tuberculose chirurgicale du nourrisson en occupe 1/7 et même 1/6 des cas.

On sait que le maximum de fréquence est représenté par la troisième année, celle-ci contenant en outre, le plus souvent, les cas qui ont débuté dans les deux premières années de la vie ; l'évolution de la tuberculose chirurgicale s'étendant fréquemment à plusieurs années.

Son début le plus précoce a été le quinzième jour après la naissance par des gommes cutanées, la quatrième semaine par des lésions du genou.

Dans les affections osseuses et ostéo-articulaires qui sont de beaucoup les plus souvent observées, la tuberculose prend volontiers la forme hypertrophique.

Les fongosités, après avoir pris un développement qui rappelle quelquefois un néoplasme, fondent, suppurent, s'évacuent rapidement à l'extérieur, mais la période fistuleuse est de courte durée.

Dans la seconde enfance, la tuberculose osseuse est à peu près uniquement épiphysaire. Chez le nourrisson, elle est fréquemment diaphysaire. Cette forme n'est pas seulement cantonnée au niveau des petits os longs des mains et des pieds sous le nom de spina-ventosa, mais le même aspect se rencontre sur les grands os des membres au radius, au cubitus, au tibia ; plus rarement au fémur et à l'humérus.

A la hanche, la coxalgie occasionne souvent des luxations précoces.

Au genou, plus rarement au coude, on rencontre une forme aiguë d'arthrite tuberculeuse. Elle ressemble à une arthrite aiguë infectieuse, guérit aussi rapidement que cette dernière après évacuation du pus et ne laisse que très peu de raideur (Rovsing, Frœlich).

La tuberculose osseuse chez le nourrisson est très souvent multiple dans ses manifestations. Sur le même enfant apparaissent simultanément des ostéopériostites des os du crâne, des spina-ventosa, des arthrites du cou-de-pied, sans que cette multiplicité des lésions soit en général l'indice d'une gravité plus grande du pronostic.

Le diagnostic de toutes ces lésions doit toujours se faire très soigneusement avec l'ostéomyélite due aux staphylocoques et avec la syphilis. L'étude clinique approfondie et les ressources du laboratoire sont souvent indispensables pour établir nettement la nature d'une tuberculose chirurgicale du nourrisson.

Si l'enfant est dans des conditions suffisantes de résistance, la guérison des lésions tuberculeuses osseuses se fait plus rapidement et plus fréquemment que chez l'enfant plus âgé. La mortalité est de 10 0/0 environ.

Les adénites tuberculeuses ont volontiers une évolution aiguë chez le nourrisson et laissent des cicatrices peu apparentes, contrairement à celles des enfants plus âgés.

Dans les tuberculoses viscérales, le pronostic est moins favorable.

La tuberculose péritonéale chez le nourrisson est au moins aussi grave que chez l'enfant plus âgé. Les mêmes formes anatomiques se rencontrent chez lui et la mortalité est très grande.

Celle-ci est bien moindre dans la tuberculose du testicule, dont la fréquence est telle que l'on peut dire qu'elle est un privilège du nourrisson.

Sa lésion est testiculaire ou plutôt toute la glande génitale est envahie, la prostate est indemne.

L'évolution de la tuberculose testiculaire est souvent aiguë et sa résultante, l'atrophie complète de la glande peut en imposer pour une cryptorchidie congénitale.

La rapidité de l'évolution de la tuberculose chirurgicale du nourrisson, la tendance à la fonte des fongosités, à leur évacuation ou à leur résorption, la tendance spontanée vers la guérison, doivent rendre le chirurgien éminemment conservateur dans le traitement de ces affections, bien plus encore que chez l'enfant plus âgé.

Ponction pour évacuer du pus, expression des fongosités caséeuses à travers une fistule existante ou bien une incision au bistouri, compression élastique : plus rarement injections de liquides modificateurs, ignipuncture, ou curettage, telles sont les seules interventions qui pourraient être nécessaires. Il va de soi qu'elles devraient être faites avec les plus grandes précautions de technique et d'asepsie.

Des opérations radicales, résection, amputation, castration, ne seront jamais que des opérations de nécessité, auxquelles il faudra s'efforcer de ne jamais être acculé.

(1) *Soc. de Chir. de Lyon.*

REVUE D'UROLOGIE

Le cathétérisme des canaux éjaculateurs

D'après M. le docteur Luys, le cathétérisme des canaux éjaculateurs, qui peut se pratiquer assez aisément à l'aide de l'urétroscope et d'un stylet métallique bien droit, trouve ses indications dans les circonstances suivantes :

1° *Dans la rétention vésiculaire.* — Lorsque les vésicules séminales ne se vident pas sous l'influence d'un massage bien fait, c'est évidemment que le canal éjaculateur correspondant est bouché et, dans ces conditions, on est en droit de chercher à rétablir sa perméabilité de la même manière qu'on doit dilater un rétrécissement de l'urètre s'il détermine de la rétention d'urine.

2° *Dans les éjaculations douloureuses.* — Lorsque le malade ressent une douleur vive au moment du coït, c'est là un symptôme net qui doit attirer l'attention du côté de l'atrésie de l'un des deux canaux éjaculateurs. Les éjaculations douloureuses constituent un symptôme qui accompagne ou même engendre souvent la neurasthénie sexuelle. Leur cause anatomique procède de l'envahissement par du tissu fibreux cicatriciel de la paroi même des canaux éjaculateurs. On sait que le processus de réparation qui est général à tout le canal de l'urètre se fait par la formation de tissu fibreux aboutissant sur la maqueuse urétrale, à la formation si fréquente de rétrécissements de l'urètre. C'est de la même façon que le tissu fibreux cicatriciel peut envahir l'urètre postérieur et, secondairement, les canaux éjaculateurs.

Il est facile de comprendre comment, dans ce cas, le cathétérisme et la dilatation des canaux éjaculateurs produiront d'excellents résultats tant au point de vue des sensations agréables du coït que de l'aptitude à la fécondation.

3° *Dans les éjaculations sanglantes.* — Les éjaculations sanglantes peuvent être dues soit à une maladie chronique des vésicules séminales, soit à une altération des canaux éjaculateurs. Dans ces conditions, le cathétérisme paraît parfaitement indiqué.

4° *Dans les spermato-cystites chroniques.* — On sait que l'inflammation des vésicules séminales au cours de la blennorragie est fréquente, elle constitue une des complications les plus longues, les plus graves et les plus difficiles à guérir. La vésiculite blennorragique, en dépit de sa fréquence, est relativement rarement diagnostiquée. La raison en réside précisément dans la vague imprécision des symptômes fonctionnels qui accompagnent cette maladie, de telle manière que cette complication peut pendant fort longtemps passer tout à fait inaperçue. Il convient donc toujours de la rechercher méthodiquement. C'est dans ces conditions qu'on doit avoir présente à la mémoire l'importance de l'examen urétroscopique du veru-montanum, car il est souvent en relation pathologique intime avec les vésicules séminales.

En effet, c'est par l'aspect urétroscopique du veru-montanum qu'on peut souvent établir le diagnostic de spermato-cystite. De même que l'aspect des orifices urétéraux examinés avec le cystoscope dans la vessie peut, dans de multiples circonstances, permettre de prédire l'existence d'une pyo-néphrose, de même on peut dire que l'utricule prostatique doit être appelé le « miroir des vésicules séminales ».

Le cathétérisme des canaux éjaculateurs au cours d'une spermato-cystite chronique permettra, soit d'obtenir la bonne évacuation des produits pathologiques au travers du canal éjaculateur, soit de pratiquer dans certaines conditions des injections thérapeutiques dans l'intérieur de la vésicule séminale.

REVUE DE PSYCHIATRIE

L'Internement des Malades mentaux

Au cours d'une récente leçon clinique, M. le Dr A. Delmas, chef de clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne, a précisé les formalités souvent assez mal connues, en dépit de leur utilité pratique, qu'il convient d'accomplir pour obtenir l'internement des malades mentaux.

La loi de 1838 prévoit deux sortes de placement des aliénés : 1° le placement d'office ; 2° le placement volontaire.

Le *placement d'office* est le placement effectué par l'autorité administrative.

Tantôt le médecin n'y intervient pas. Dans ce cas le malade est arrêté chez lui ou hors de chez lui, à l'occasion d'un délit (homicide, suicide, violences, insultes, scandales, outrages publics à la pudeur, etc., etc.) et, en cas de troubles mentaux évidents, envoyé d'office à l'asile. Dans la Seine il existe une organisation particulière. Le malade est envoyé par le commissaire de police à l'infirmerie spéciale près le Dépôt, où il est examiné par le médecin de l'infirmerie qui statue sur la destination qui lui convient.

Tantôt le médecin intervient et plusieurs cas peuvent se présenter. S'il y a eu délit et si les troubles mentaux ne sont soupçonnés qu'après l'envoi à la prison, c'est le médecin expert nommé à cet effet qui statue sur l'envoi à l'asile. Si le malade est transporté d'abord à l'hôpital il est envoyé à l'asile en raison de son état mental sur certificat du chef de service.

S'il s'agit, enfin, d'un malade que la famille ne peut amener à l'asile par persuasion ou par ruse (délirants persécutés, par exemple), la famille peut demander l'intervention de l'autorité en fournissant un certificat médical affirmant que le malade est dangereux et qu'il est nécessaire de l'interner.

Les représentants de l'autorité (le commissaire de police d'ordinaire) ne sont pas, aux termes de la loi, obligés d'intervenir. Cette intervention est laissée à leur intiative et beaucoup, par un respect exagéré de la liberté individuelle, s'abstiennent tant qu'il n'est pas commis de délit. Il y a là une lacune qui permet aux aliénés les plus dangereux de conserver leur liberté jusqu'au moment où une réaction souvent grave (homicide) met en mouvement l'autorité administrative.

Le *placement volontaire* est celui par lequel le malade conduit à l'asile par un parent ou un ami y est admis directement

Ce placement n'est possible qu'à la condition de produire au bureau d'admission de l'asile un certain nombre de pièces, parmi lesquelles la plus importante est un certificat médical du médecin traitant. Celui-ci doit donc intervenir dans tout placement volontaire.

Le certificat du médecin doit faire mention :

1° *De l'état mental du malade;*

2° *Des particularités de la maladie;*

3° *De la nécessité de faire* traiter le malade dans un établissement d'aliénés.

Voici, par exemple, un modèle de certificat : « Je... certifie que M... est atteint d'un état de dépression avec inertie, mutisme et refus d'aliments et que cet état nécessite son placement dans un établissement spécial pour le traitement des maladies mentales. »

Ce certificat doit être *sur timbre*, à moins qu'on ne porte la mention qu'il a été délivré gratuitement.

La signature doit être *légalisée.*

Il ne serait pas valable s'il était « signé d'un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est le parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement ou de la personne qui fera effectuer le placement. »

La parenté du médecin avec le malade n'est pas prévue par la loi.

L'entourage doit fournir encore les pièces suivantes :

1° *Une demande de placement* écrite et signée par une personne parente ou amie qui devra toujours accompagner le malade, le placement par le malade lui-même n'étant pas admis. (Le plus souvent cette demande est écrite à l'asile même au moment du placement).

2° *Deux pièces d'identité,* l'une attestant l'identité du malade, l'autre l'identité de la personne qui signe la demande de placement ;

3° Pour les asiles publics, mais non pour les maisons de santé payantes, il faut en outre fournir des *quittances de loyer* ou un *certificat de résidence* établissant que le malade habite le département depuis au moins un an, temps nécessaire à l'acquisition du domicile de secours.

Fante d'une de ces pièces, les familles doivent repartir avec le malade.

REVUE DE RADIOLOGIE

La Radioscopie pré-opératoire systématique

Par les Docteurs A. GOSSET
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chef du Service chirurgical de l'Hôpital Privé
Et R. LEDOUX-LEBARD
Chef du Service radiologique de l'Hôpital Privé

D'immenses progrès ont été réalisés depuis quelques années dans l'amélioration des statistiques opératoires, et des interventions, naguère encore très meurtrières, sont aujourd'hui considérées comme relativement bénignes. A côté des modifications heureuses de la technique chirurgicale elle-même, ces résultats favorables sont dus pour une bonne part au perfectionnement raisonné des soins pré et post-opératoires et tout spécialement au soin particulier avec lequel est établi le diagnostic et étudié l'état général et local du sujet à opérer.

Malgré la transformation considérable de nos habitudes à ce point de vue, il semble que, dans la pratique, certains progrès importants soient encore réalisables qui pourront assurer le gain de quelques existences ou éviter des catastrophes opératoires : c'est ainsi que la chirurgie ne nous paraît pas encore demander aux *Rayons de Roentgen* tout ce qu'elle serait en droit d'en attendre. Il y a longtemps que les radiologistes ont insisté sur l'intérêt capital qu'il y aurait à radioscoper systématiquement *tous les malades* aussi bien *lorsqu'il s'agit de sujets à opérer*, que pour les assurances, les employés des grandes compagnies ou les malades des services de médecine, et nous croyons qu'aujourd'hui aucun observateur impartial ne met plus en doute la réalité de cette assertion ; mais alors que l'examen des urines, de la pression sanguine que l'auscultation détaillée du cœur et des poumons sont entrés dans la pratique et font partie de ce que l'on pourrait appeler *la routine de l'examen pré-opératoire*, il ne semble pas qu'en France ni même à l'étranger, on ait encore essayé de pratiquer la *radioscopie pré-opératoire systématique, en l'appliquant indifféremment à tous les malades sans exception, voire aux simples appendicites.*

Pourtant les inconvénients de la méthode sont nuls pour les malades pour lesquels il ne s'agit même pas d'un mode d'examen désagréable et il ne s'agit que d'une question de bonne volonté, de temps et de patience de la part du chirurgien et du radiologiste.

Estimant que les avantages très réels pour les malades d'un semblable examen valaient bien ce surcroît de besogne nous avons, à l'Hô-

pital Privé, pratiqué systématiquement la radioscopie sur tous les malades à opérer. C'est, du moins, à notre connaissance, la première fois que l'on procède ainsi d'une manière raisonnée et systématique, aussi avons-nous estimé qu'il pouvait n'être pas tout à fait sans intérêt de faire connaître les résultats de nos 150 premières radioscopies, non pas pour plaider une cause qui ne nous paraît pas avoir besoin d'être défendue, surtout devant des radiologistes, mais simplement pour insister sur les bénéfices qui en peuvent résulter pour le chirurgien et ses malades, comme sur la valeur des constatations qui s'en dégagent pour le radiologiste.

Bien entendu nous n'envisageons ici que l'examen radioscopique explorateur, d'une façon générale et en dehors des cas dans lesquels l'utilisation des rayons de Roentgen s'imposait en l'état actuel de la science comme une nécessité, c'est-à-dire que nous avons en vue surtout l'examen méthodique du thorax et de ses organes principaux, pratiqué suivant les données maintenant classiques de l'examen antérieur, de l'examen postérieur et des diamètres obliques, dans toutes les positions de l'ampoule.

Nous avons ainsi radioscopé à l'Hôpital Privé, depuis le 1er octobre 1912 jusqu'au 5 mars 1913, *cent cinquante* malades divers (52 hommes et 98 femmes) pour lesquels une intervention opératoire semblait indiquée. Or, sur ces 150 malades il en est 11 qui n'ont pas été opérés, dont 6, soit 4 p. 100, en conséquence de notre examen radioscopique qui avait révélé des adénopathies médiastines considérables (2 cas, dans des cancers du sein très étendus) des lésions tuberculeuses disséminées des poumons (2 cas), et enfin un cœur et une aorte en mauvais état (2 cas.)

Ces quelques cas résument diverses modalités cliniques dans lesquelles la radioscopie est susceptible d'empêcher ou de faire remettre une intervention, mais là ne s'est pas borné son rôle. Elle a permis aussi parfois de prévoir les difficultés d'une intervention alors que rien n'autorisait à les soupçonner, tandis que dans de nombreux cas elle a permis de baser sur des constatations positives un pronostic favorable ou défavorable (tuberculose, appareil cardio-vasculaire, etc.)

En résumé, à condition d'être exécuté avec soin et par un observateur suffisamment expérimenté, l'examen radioscopique fournira souvent, même dans des cas en apparence dénués d'intérêt et simples, les renseignements les plus précieux et nous estimons qu'à ce titre sa pratique systématique mériterait de s'étendre à tous les opérés et procurerait aux chirurgiens une diminution de mortalité opératoire encore difficile à évaluer en chiffres mais qui serait loin d'être négligeable, sans présenter d'autre part aucun inconvénient (1).

REVUE D'HYGIÈNE

L'Exploitation de la viande en France

D'après M. Piettre, docteur en médecine et lauréat de l'Institut, l'élévation ininterrompue du prix de la viande dans les grands centres en particulier, a rendu utile, à certains moments nécessaire, l'apport de produits carnés d'origine étrangère : viandes, volailles, gibiers, etc. Mais pour que ces produits, de moindre valeur commerciale, rendent les services qu'on est en droit d'attendre, il faut qu'ils soient vendus comme tels. Une marque doit les désigner à l'acheteur. Cette mesure ne correspond nullement à une dépréciation ; elle est appliquée à des marchandises très voisines (saumon frigorifié), à la viande elle-même dans certaines villes (Rouen) et répond d'ailleurs à l'esprit de la loi du 1er août 1905 sur les fraudes alimentaires. Elle sera profitable au consommateur, qui pourra acheter de la viande de bonne qualité à des prix raisonnables (à Londres l'aloyau frigorifié vaut en moyenne 60 et 65 centimes la livre, rendu à Paris il passe à 80 et 90 centimes et pourrait être livré au public à 1 fr. 35 et 1 fr. 45 avec bénéfices) et au producteur qui sera débarrassé d'une concurrence déloyale sur son propre marché et ne sera plus exposé à voir donner la préférence à des produits étrangers, de qualité inférieure aux siens.

Au point de vue hygiénique, l'exacte désignation indiquerai au public la nécessité d'une utilisation immédiate des denrées dès qu'elles sont sorties du frigorifique.

Une réglementation particulière doit être étudiée au plus tôt en tenant compte des données scientifiques nouvelles. Le frigorifique ne saurait être considéré comme une simple resserre ; les mêmes marchandises ne doivent pas être réintroduites dans les chambres froides, sauf dans certaines conditions.

Le contre-poids nécessaire à l'importation croissante des viandes, volailles, gibiers frigorifiés est une meilleure organisation de l'exploitation de la viande indigène : amélioration de la préparation et de la conservation ; abatage aux lieux de production pour éviter aux animaux de longs et pénibles voyages, les pertes dues à la mortalité, la dissémination des maladies contagieuses ; on réduira aussi le prix de la main-d'œuvre, si élevé dans les villes. C'est la substitution aux abattoirs urbains des abattoirs régionaux, reliés à la voie ferrée, desservis par des wagons spéciaux, munis de frigorifiques, ouverts enfin à la libre concurrence de tous les bouchers et par suite à l'abri des syndicats financiers puissants en quête de monopole, facteur de l'accaparement et de la hausse sans limite.

Le deuxième but à atteindre, si intimement lié au premier, est l'amélioration de la conservation des viandes ; lutte énergique contre la putréfaction verte, qui cause des pertes énormes pendant la saison chaude. Nos recherches ont montré que le principal agent de cette putréfaction est un proteus spécial « proteus homosulfureus » qui pénètre dans les vaisseaux du cadavre aussitôt après l'abatage, s'y multiplie pendant qu'il est encore chaud, et se répand dans la profondeur des parenchymes. C'est donc une infection essentiellement profonde, bien différente des souillures superficielles (les seules étudiées jusque là) et dont la marche est toujours très lente. Un certain nombre de précautions permettront de restreindre la pénétration de ce proteus : propreté dans la préparation de la manipulation des viandes (c'est le point capital d'après les bactériologistes), éviscération rapide des cadavres, saignée complète, découpage réduit au minimum. Le moyen, sans contredit, le plus précieux est l'emploi du froid. Le refroidissement (avec ou sans évaporation) de la carcasse, aussitôt sa préparation, empêchera le bacille de la putréfaction de pénétrer dans les vaisseaux profonds et de s'y multiplier ; une température de 10 à 12° est en effet très défavorable à la culture *in vitro*.

Le froid n'est pas une fin en soi, c'est un moyen admirable de conservation des denrées périssables : il doit être limité à cet usage susceptible d'un haut degré de perfectionnement. Le froid n'est pas non plus un remède, même à très basses températures : il ne peut transformer un produit mauvais ou altéré en un produit bon ou salubre. Il ne faut donc lui confier économiquement des matières qu'après un contrôle sanitaire rigoureux.

CARNET DU PRATICIEN

Contre les douleurs de la dentition

Frictionner les gencives avec un tampon d'ouate imbibé du collutoire :

Chlorhydrate de cocaïne.... 0 gr. 10
Glycérine.................... 25 grammes

ou, encore du mélange suivant :

Glycérine.................... 15 grammes
Eau.......................... 15 —
Bromure de potassium..... 1 —
Borate de soude............. 2 —
Teinture de safran......... V gouttes

Crises gastriques

Pratiquer à la région épigastrique une injection de 1/2 ou 1 centimètre cube de la solution stérilisée suivante :

Antipyrine................... 4 grammes
Chlorhydrade de cocaïne.... 0 gr. 20
Eau distillée Q. s. pour..... 10 cc.

on prescrire :

Eau chloroformée
Eau de menthe

par cuillerées à café

ou :

S.-nitr. de bismuth........ 1 gramme
Chl. de cocaïne............. 0 gr. 01

p. 1 cachet n° 10.

un toutes les 2 ou 3 heures par exemple.

Ou encore :

Oxalate de cérium.......... 0 gr. 05
Chlorhydrate de codéine.... 0 — 01
ou Chl. de cocaïne.........

p. 1 cachet n° 3, toutes les heures, les 2 ou 3 heures. Ces derniers cachets réussissent surtout contre les vomissements.

Prescrire en outre une cure de sinubérase.

Prurit anal

Graisser l'anus avant d'aller à la selle et le laver ensuite avec de l'eau aussi chaude qu'on pourra la supporter dans laquelle on aura fait dissoudre une cuillerée à soupe de gyraldose (pour un litre).

Tous les deux jours, badigeonner l'anus avec une solution de nitrate d'argent :

Nitrate d'argent............ 0 gr. 25
Eau distillée................ 25 grammes

Poudrer avec :

Oxyde de zinc............... 35 grammes
Camphre porphyrisé....... 1 —
Talc......................... 65 —

Avant de poudrer, étendre sur les parties malades une petite quantité de la pommade :

Ichtyol...................... 1 gramme
Oxyde de zinc............... 3 —
Vaseline pure............... 16 —

Eczéma du nourrisson

Régler soigneusement les tétées et éviter la suralimentation. Avant chaque repas, suivant l'âge, donner délité dans une petite quantité d'eau sucrée un demi ou un comprimé de sinubérase.

Chute des cheveux

Acide acétique glacial...... 1 gramme
Résorcine.................... 1 —
Hydrate de chloral.......... 4 —
Formol à 40.................. 5 —
Pilocarpine.................. 0 gr. 50
Huile de ricin............... 40 grammes
Alcool........................ 200 —
Essence de violette....Q. s.

Pour frictions du cuir chevelu.

(Gaucher.)

Erysipèle chez les alcooliques

Injections sous cutanées de strychine à haute dose (jusqu'à 6 et 8 milligrammes par jour), par piqûres isolées de 1 milligramme chacune.

On : injections de morphine et simultanément injections d'huile camphrée.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 27.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. Zanth

(1) Soc. de Rad. méd. de Paris.

VARIÉTÉS

Ce que cache le Sphinx

M. Reisner, professeur d'égyptologie à l'Université d'Harvard, a communiqué aux autorités du musée sémitique d'Harvard et du musée des beaux-arts de Boston les résultats de recherches qu'il est en train d'opérer sur le Sphinx d'Egypte.

A l'intérieur du Sphinx, le professeur Reisner a trouvé un temple consacré au Soleil. Ce temple est plus ancien que la plus plus ancienne des pyramides, car il date à peu près de l'an 6.000 avant Jésus-Christ, c'est-à-dire à l'époque la plus éloignée de l'histoire de l'Egypte.

La tombe de Mona ou Menès, le premier roi d'Egypte connu, qui se déifia lui-même et fit construire ce sphinx, se trouve également à l'intérieur du monument. Des tunnels, percés dans le Sphinx, conduisent à des cavernes dans lesquelles on n'a pas encore pénétré, car les travaux n'ont été commencés qu'il y a six mois. Le Sphinx est sculpté en plein roc, mais à l'intérieur on aperçoit encore les bâtiments d'une ville qui s'éleva peut-être à ciel ouvert, jadis.

Actuellement les excavations n'ont pas été poussées plus loin que la tête du Sphinx, dans laquelle est une salle de 18 mètres de long sur 4 m.20 de large Cette salle est reliée par des couloirs au temple du Soleil situé entre les pattes du Sphinx. On y trouve par centaines des objets sacrés comme la croix encerclée, symbole du Soleil. Plusieurs de ces croix sont en or et portent des fils qui servaient aux prêtres à faire tinter des petites clochettes pour évoquer les esprits.

On trouve aussi de petites pyramides à l'intérieur du Sphinx. Selon le professeur Reisner les pyramides n'étaient à cette époque, que les aiguilles de cadrans solaires et le Sphinx était un dieu solaire lui-même. La pyramide de Chéops donne l'heure de façon très précise.

Le professeur espère par l'étude des objets cassés trouvés dans le Sphinx, arriver à découvrir les secrets des prêtres égyptiens, dont les connaissances en ce qui concerne la magie, étaient merveilleuses, croit-on. Ses travaux ne vont pas sans difficulté, parce que les Arabes qu'il emploie se refusent à coucher dans la tête du Sphinx. Ils ont la conviction que cette tête est l'asile de nombreux démons et que tout homme qui y dort est condamné à mourir.

ÉCHOS

Une ceinture forestière autour de Berlin

La chambre des médecins de Berlin-Brandenburg s'est à l'unanimité prononcée récemment en faveur de la motion suivante :

« Pour purifier l'atmosphère de Berlin et des communes suburbaines, constamment souillée du fait de la cohabitation de millions d'habitants et du fait de nombreuses exploitations industrielles, la création d'une grande ceinture forestière s'impose comme une nécessité urgente. Cette création ne saurait être subordonnée aux capacités financières des communes qui sont en cause ; elle rentre dans les attributions de l'Etat, qui doit avoir à cœur de veiller sur la santé de tous ses citoyens. C'est pourquoi la Chambre des médecins s'adresse au ministre de l'Agriculture, des domaines et des forêts, en le priant de faire en sorte que la santé des habitants de Berlin et des communes suburbaines soit prise en considération, dans l'élaboration des projets relatifs à l'exploitation forestière.

La médecine sans médecin

Nous offrons aux malades le texte d'une affiche polygraphiée collée avenue de Clichy, et nous espérons que l'humanitaire appel de son auteur sera compris malgré sa forme un peu fantaisiste :

Réfléchissée Malade pourquoi le médecin ne vous commande pas de vous frictionnet à leau sel et alcol et acide sulfurique qui décongnétionne et déacefícthie et déinfecte les plais et canser. Monsieur V... fait le masage antiraphibique par lempoi de sette compausition il comba les douleur les plus tairibles à se suget il fau le réclamet au 38 rue de ... 17arrt.

Incapacité légale de contracter mariage..

La Suède s'occupe de modifier sa législation sur le mariage. D'après une proposition nouvelle que l'on projette d'introduire, il serait interdit à toute personne atteinte d'une maladie héréditaire de contracter mariage.

Plusieurs Etats des autres parties du monde ont déjà légiféré sur la matière.

En Californie, les idiots et les dipsomanes ne peuvent obtenir licence de mariage.

Aux Nouvelles-Indes, cette interdiction s'étend aux épileptiques.

Dans le New-Jersey, le fiancé atteint d'épilepsie doit présenter un certificat médical signé par deux médecins attestant la guérison complète et la non transmission possible de la maladie aux enfants.

Dans le Michigan, les personnes atteintes de certaines maladies déterminées par la loi sont passibles de cinq ans de prison lorsqu'elles contractent mariage avant complète guérison.

Le nombre des étudiants en médecine en France en 1913.

Le Bulletin administratif du ministère de l'Instruction publique publie la statistique des étudiants des différentes facultés et écoles d'enseignement supérieur au 15 janvier 1913.

Les Facultés de médecine avaient à cette époque 8.247 étudiants ; hommes 7.400 dont 803 étrangers ; femmes : 847 dont 358 Françaises et 489 étrangères.

Les écoles de médecines comptaient 1.497 étudiants ; hommes : 1.287 dont 29 étrangers ; femmes : 210 dont 9 étrangères.

Si nous comparons ces chiffres à ceux de 1912 nous voyons que le nombre des étudiants des Facultés est sensiblement le même, la proportion de femmes et d'étrangers est la même. Nous remarquons un léger fléchissement du nombre des étudiants des écoles.

Les Facultés viennent dans l'ordre suivant d'après le nombre des *étudiants inscrits au 15 janvier 1913*.

Paris 4211 (contre 4.170 en 1912), Lyon 1.055, Bordeaux 751, Montpellier 699, puis viennent Toulouse 346, Nancy 306, Lille 285, Alger 156.

Parmi les écoles, Nantes tient la tête avec 255 inscrits, puis viennent Marseille 245, et Rennes 148 ; ces chiffres sont sensiblement ceux de 1912. Les autres écoles ont un nombre d'élèves allant de 52 (Limoges) à 20 (Grenoble).

Les étrangers les plus nombreux restent toujours les Russes 831, dont 585 à Paris et 132 à Montpellier puis viennent les Turcs 85, dont 68 à Paris, et 11 à Montpellier.

Les Bulgares 67 dont 20 à Lyon, 28 à Montpellier 12 à Nancy.

Les Roumains 59, dont 54 à Paris, 5 à Montpellier.

Notons encore parmi les nationalités qui sont presque toutes représentées : les Anglais, 13 à Paris ; les Hellènes 24 à Paris, les Républiques de l'Amérique du Sud, 22 à Paris.

Les Japonais seuls, comme l'an dernier continuent à briller par leur absence et à nous préférer l'Allemagne.

Les *étudiants en pharmacie* sont au nombre de 1312 dans les écoles supérieures et facultés mixtes.

Paris 623, y compris 17 étrangers et non compris 38 femmes.

Les écoles ont 253 étudiants dont 247 Français hommes, 3 Françaises, 3 étrangers. Ces chiffres sont absolument comparables à ceux de 1912.

L'Allemand escroc.

Maintes fois nous avons eu l'occasion de signaler les exploits de ces escrocs qui se sont fait une spécialité de dévaliser les salons des médecins chez qui ils s'introduisent sous prétexte de les consulter. Profitant du moment où il est seul à attendre, le filou met la main sur les objets de valeur ou bibelots d'art qui ornent le salon ; puis il s'éclipse en invoquant une course urgente à faire dans les environs.

Un de ces escrocs vient d'être arrêté sur mandat de M. Bourdeaux, qui a été saisi par le parquet de la plainte d'un médecin victime d'un vol de cette nature, le docteur Marquezy, 14, rue Moncey. C'est un sujet allemand. Otto Schlenk, né en 1875, à Nuremberg. Interrogé, il a avoué non seulement le vol commis chez le docteur Marquezy, mais aussi de nombreux autres, dont les auteurs étaient inconnus. Mieux encore Schlenk a fait connaître au juge de non moins nombreuses tentatives que la présence de tiers ont fait échouer. L'escroc a été écroué à la Santé.

La raison de certaines inconstances thérapeutiques.

Quand on parcourt la littérature médicale on est surpris de voir combien sont variables les résultats obtenus par les auteurs avec le même médicament et l'on se demande à quoi peuvent tenir les incertitudes et les dangers signalés.

L'aspirine, par exemple, universellement employée aujourd'hui, amène parfois des troubles toxiques. Packard en signale un cas, Christone et Lapresa en signalent d'autres et insistent même sur une irritation rénale provoquée par ce médicament.

Or, nulle part, on ne mentionne d'inconvénients survenus avec l'Aspirine Vicario (granulés ou comprimés). Cela tient à la pureté chimique absolue de celle-ci, tandis que souvent les aspirines commerciales sont bien comme elle l'acide acétyl-salicylique, mais impur et rendu toxique par la présence d'acide salicylique libre. Or, c'est cet acide qui provoque l'irritation vésicale observée par Christone et Lapresa.

Les mêmes faits d'inconstance thérapeutique et de toxicité sont observés également, et pour les mêmes raisons, avec d'autres médicaments ; aussi, devient-il nécessaire pour le médecin moderne qui escompte des effets constants et sans nocivité, d'ordonner les remèdes sur leur nom spécialisé.

Nous parlons ici pour les jeunes médecins, car pour les autres l'expérience leur a depuis longtemps appris cette notion de pratique courante.

Dr A. R.

Doctoresses, médecins sanitaires maritimes.

On annonce qu'une doctoresse, miss Macdonald, vient d'être nommée médecin sanitaire à bord d'un navire d'une compagnie de navigation. Ce n'est pas la première femme qui remplit ces fonctions. On sait en effet, que Mlle le docteur Broido (de Rabat, Maroc), navigua comme médecin sanitaire maritime à bord d'un navire français de 1903 à 1904 et de 1907 à 1909.

Pour le repos nocturne.

Le ministre de l'Intérieur de l'empire d'Autriche vient de publier un rescrit enjoignant aux autorités placées sous ses ordres, de prendre des mesures rigoureuses en vue de faire respecter le repos nocturne. Ceux qui contreviendront aux règlements édictés en conséquence, tenanciers d'établissements, publics, musiciens ambulants, noctambules, simples locataires dans les maisons particulières encourront des amendes, voire, en cas de récidive, la peine d'emprisonnement. Les propriétaires des maisons bourgeoises seront tenus pour responsables des manquements à ces ordonnances, dont se rendront coupables leurs locataires.

Les Femmes Médecins..

Le ministre des chemins de fer de Belgique vient de prendre une décision en vertu de laquelle Mlle Barthels, docteur en médecine, à Schaerbeek, et Mme Morimont-Pinchart, docteur en médecine, à Saint-Gilles, sont désignées pour procéder aux contre-visites des agents féminins, blessés en service, qui expriment le désir d'être examinés par des dames médecins.

84e Année (Série XIIIe) — N° 196 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 30 Avril 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Deniz-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 30 Avril 1913

ÉCHOS

Nos amis

Notre confrère François Caquet, membre du Conseil supérieur de l'Agriculture, vient de recevoir de la Société des Agriculteurs de France, et pour la seconde fois en trois ans, un grand prix agronomique pour sa « Géographie forestiere mondiale » Nos sincères félicitations à notre distingué confrère.

Académie des sciences

M. le professeur Sabatier, de Toulouse, vient dêtre élu membre non résident.

M. Sabatier est le premier des membres élus de cette nouvelle section créée par un décret présidentiel en date du 17 mars 1913.

La Plus Grande France.

Le Comité de rédaction de *La Plus Grande France*, nous prie de remercier les amis connus et inconnus qui, dès la première heure, ont répondu si nombreux à son appel. Grâce à leur empressement, les 4 premiers numéros de ce journal tirés à 31.500 exemplaires sont presque épuisés. *La Plus Grande France* aura désormais un tirage minimum de 30.000 exemplaires, et sa Rédaction s'efforcera d'en faire un organe de jour en jour plus utile et plus intéressant. Il accueillera dans ce but, et avec reconnaissance, toutes les communications, informations, etc., de nature à servir mieux encore la tâche patriotique qu'il s'est donnée et faire de *La Plus Grande France* le plus ardent défenseur des intérêts français aux Colonies et à l'Etranger.

Académie de médecine

Par décret le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter au nom de cet établissement, et sous bénéfice d'inventaire le legs universel fait par Mlle Morand (Louise-Berthe) à charge de distribuer l'actif de la succession, comme l'entendra l'Académie de médecine, aux sociétés ou œuvres s'occupant de traiter les enfants atteints ou menacés de la tuberculose.

Nécrologie

A Madrid, est décédé le docteur Julian Calleja, comte de Calleja, doyen de la Faculté de Médecine de Madrid, président de l'Académie de Médecine espagnole, etc., etc., grand'croix de l'Ordre d'Alphonse XII, chevalier de la Légion d'honneur.

Iconographie médicale

L'invention du Docteur Beulemans

Passant par la rue des VI-Jetons, à Bruxelles, je tombai en arrêt devant une plaque cuivrée, bien reluisante, où s'étalaient les mots : Dr Beulemans, Maladies des voies urinaires..

Immédiatement je me remémorai le jovial et original garçon qu'était Beulemans, au temps déjà lointain de nos études. Depuis lors j'avais perdu Beulemans de vue. L'envie me prit de revoir l'ancien ami. Je sonnai à l'huis.

J'entrai gravement dans le bureau de consultation où je retrouvai le brave Beulemans.

Les premières effusions d'amitié terminées, je tombai en arrêt devant une statue de Manneken-Pis, placée dans le coin le plus obscur de son cabinet, au-dessus d'une vasque élégante. C'était la reproduction grandeur naturelle s. v. p. de la célèbre fontaine de Ducquesnoy représentant le plus ancien Beulemans..... pardon, bourgeois, de Bruxelles.

Voyant mon ahurissement, Beulemans me dit : Cette statue ici, te paraît étonnante ! — Pourtant ce n'est ni bizarre, ni cocasse, ni baroque, c'est tout simplement pratique. Ecoute.

« Etant médecin, tu n'ignores pas, que 9 fois sur 10, un malade qui vient te consulter se plaignant des reins ou de la vessie, n'apporte pas un échantillon de ses urines pour éclairer ton diagnostic. Alors, comme il est peu pratique de le faire revenir, car 9 fois sur 10 il ne reviendrait pas, tu lui demandes un échantillon « subito presto. »

« Tu sais encore que 9 fois sur 10 le malade est dans l'impossibilité de te satisfaire.

« En effet, l'émotion, un état psychique particulier fait que le malade est gros Jean comme devant et toi de même. — « Le sphincter vésical est pudique », disait un maître célèbre.

« Suis maintenant mon raisonnement :

« Les nounous pour soulager les montards les prennent en étalant leurs cuisses et en murmurant de l'air le plus engageant pssit, pssit, pssit.... Tu connais d'autre part cette vieille farce qui consiste à prendre délicatement le bras d'un dormeur, de le plonger dans un récipient d'eau tiède et de sussurrer délicatement à son oreille pssit..... C'est fatal, il se réveille ayant inondé son lit. La vaste expérience que tu as acquise n'a pas été sans te faire connaître l'esprit d'imitation qui fait que lorsqu'un mouton, tous les moutons.....

« — M'inspirant de ces sages principes, de ces subtiles observations, je place mon malade avec un récipient, bien en face de la statue.

« Regardez, lui dis-je, ce bonhomme, admirez l'œuvre géniale du maître, admirez l'attitude : la tête légèrement inclinée, le bras droit en flexion appuyé sur le rein, les jambes mi-fléchies, le dos voûté, les muscles abdominaux saillants, le globe vésical distendu, les muscles fessiers contractés. Admirez le naturel de la pose. »

« Pendant que le malade admire, je tourne un robinet et le son cristallin de l'eau que contient mon Manneken-Pis qui est creux, s'élève tentateur, engageant pendant qu'un mince filet gicle dans la vasque. Mon cher, c'est inévitable, c'est couru, le résultat est obtenu chez l'œgrotant. »

Comme la main du confrère Beulemans s'avançait vers le robinet, arrête ! m'écriai-je avec terreur, arrête ! Malheureux que fais-tu?

Pense donc que je n'ai pas de pantalon de rechange étant de passage par ici !.... et je m'enfuis précipitamment.

Dr Guillaume Wets.
(de Namur.)

Les Eunuques d'après Abdul-Hamid

L'ex-sultan Abdul-Hamid poursuit la publication de ses mémoires. Nous en extrayons le passage suivant qui traite des eunuques :

« Je ne puis comprendre, écrit-il que des Européens s'offrent pour le service d'eunuques au harem impérial. Il n'est pas arrivé en une semaine, moins de trois lettres : d'un musicien de Paris, d'un pharmacien allemand et d'un commerçant saxon. Ce doit être un terrible dénuement qui amène ces gens jusqu'à ce point non seulement d'abjurer leur foi, mais encore de consentir à se prêter à la mutilation. Visiblement ces hommes n'ont pas conscience de la tristesse de ce sort ; être eunuque. Et moins encore paraissent-ils savoir que je suis depuis longtemps d'avis de mettre fin chez nous à cette coutume barbare. Ne doit-on pas plaindre ces pauvres êtres que la cupidité des parents a vendus dès leur jeunesse pour les livrer à un triste dépérissement ? — A ce que m'a assuré Mavrogeny, environ 70 0/0 succombent à la castration. — Il faut finir par supprimer cette institution des eunuques. De vieilles gens fourbus peuvent très bien faire le service du harem.

L'importation économique d'un tic

Les *Archives d'anthropologie* donnent d'assez curieux détails sur le tic yankee, manie nationale d'outre-Atlantique, qui consiste à mâchonner constamment des fragments d'une sorte de gomme élastique, la *chewing-gum*, la gomme à mastiquer.

Voici, d'après notre confrère la *Revue Scientifique*, quelques renseignements sur l'importance commerciale de cette pratique maniaque.

La chic e ou gomme à mastiquer, que les Américains consomment en si grande quantité, est fabriquée aux Etats-Unis, mais provient d'un arbre, l'*Achras sapota* (sapotacées) ou Sapotillier qu'on rencontre dans l'Amérique centrale et principalement au Mexique.

A l'époque actuelle, tel qu'il est exploité, il se rencontre à l'état sauvage, mais on se propose d'établir des cultures rationnelles. Son bois est apprécié pour l'ébénisterie.

L'exploitation du Sapotillier pour la gomme se fait, au moyen d'incisions et durant l'époque des pluies. L'incision est faite en forme de V autour de l'arbre. Au point de jonction des deux lignes est placé un récipient. Au moment de l'incision, la résine a un aspect blanc, mais elle jaunit rapidement au contact de l'air et se solidifie jusqu'à prendre la consistance du miel. Les arbres, saignés périodiquement avec soin et modération, peuvent produire pendant vingt-cinq ans.

En 1909, les importations de chicle aux Etats-Unis s'élevèrent à 5.450.139 livres anglaises; soit à près de 2.500 tonnes, valant 10.423.375 francs. On prépare, avec cette substance, les « chewing-gum » masticatoires, aromatisés à la menthe, à la vanille, à l'orange. On ajoute aussi dans la préparation certains digestifs tels que la pepsine.

L'Ame photographiée

Une nouvelle nous est arrivée ces temps-ci d'Amérique. Elle nous apprenait qu'un médecin « avait photographié une âme ».

Une âme ! Dans cette expression, on retrouve la folle et coupable exagération des observateurs qui manquent de sang-froid. Mais la responsabilité de ce mot ambitieux n'appartient-il pas plutôt à la presse qu'à l'expérimentateur? Le docteur Patrick O'Donnel, de l'hôpital de la Merci, à Chicago, n'a pas parlé d'âme, mais d' « orbe humaine », ou de radiation électrique qui environne le corps. La dernière étincelle qui précéda ou suivit le dernier soupir d'un mourant a été enregistrée sur une plaque photographique : voir l'âme dans cette étincelle, c'est ce dont le savant s'est gardé. C'est l'esprit de la foule, avec son inclination au merveilleux, qui a franchi les limites de l'observation prudente et rigoureuse.

L'Alimentation n'influe pas sur le caractère

Il est assez coutumier d'admettre que le végétarisme rend les hommes doux, trop doux même, au dire de certains, puisqu'on n'hésite pas à attribuer à ce régime la mollesse et la soumission des Orientaux végétariens.

Le Dr Vigneaud ne partage pas cet avis et il cite, à l'appui de son dire, les horribles massacres d'hommes, de femmes et d'enfants qu'ont fait les Japonais lors de l'occupation de Port-Arthur. Quand ils occupèrent Formose, ajoute-t-il, ils publiaient des édits pour inviter les habitants à rentrer dans leurs villages où on les égorgeait en masse.

En Corée, il en a été de même, et ces faits prouvent qu'ils sont restés barbares comme ils l'étaient avant d'avoir pris tous les ridicules de la civilisation occidentale.

Dans la *Chronique médicale*, le Dr Michaud a publié, de même, quelques pages intéressantes sur la médecine au Japon où il parle de la cruauté et de la duplicité de ses collègues d'Extrême-Orient qui emploient les méthodes les plus douloureuses sans formuler de diagnostic précis.

Revenant à son appréciation personnelle, le Dr Vigneaud rappelle encore que le soldat turc, qui est le plus sobre de tous les soldats, l'a pleinement justifiée en montrant une particulière férocité dans ses massacres en Arménie, et il conclut qu'il serait superflu d'insister : *Le genre d'alimentation n'influe en rien sur le caractère et, quelles que soient nos habitudes alimentaires, c'est l'éducation qui fait de nous des gens civilisés et nous éloigne chaque jour des mœurs barbares d'autrefois. que nous retrouvons encore chez les peuples les plus récemment venus à la civilisation.*

Voilà qui est fort bien pensé et nous sommes heureux de voir confirmer, en d'autres termes, ce que nous avons formulé déjà :

« L'alimentation dépend beaucoup plus de la nature de l'individu que celui-ci de ses habitudes alimentaires. »

La Cure de Désintoxication

CHEZ LES GOUTTEUX

Par le Docteur F. MOREL
Médecin-major de 1re classe
Ancien-médecin des Hôpitaux de la Marine et des Colonies

Lorsque vous soumettez, d'après Gnelpa, un goutteux à nn régime carné sévère, ou, qu'an contraire, vous le faites jeûner et purger, vous obtenez dans les deux cas le même résultat. Physiologiquement, l'alcalinisation et la minéralisation du sang diminuent, on constate même qu'il devient acide ; pathologiquement on assiste à l'apparition d'une poussée aiguë de goutte avec dissolution et gonflement des tophi.

A cela, rien d'étonnant pour l'auteur ; l'individu qui jeûne, hrûle ses propres tissus pour vivre, il se trouve donc dans les mêmes conditions que celui qui mange de la viande de façon exclusive. Après cette poussée, cette crise salutaire, survient petit à petit, chez le goutteux, une grande amélioration. Les tophi disparaissent, à condition toutefois, dit Guelpa, que le malade consente à suivre un régime carné ou presque carné, fréquemment coupé de périodes de jeûne et de purgation.

En principe, la méthode de Guelpa apparaît logique dans nombre de cas de goutte. Celle-ci, comme on l'a longtemps écrit et répété, n'est point forcément et uniquement le lot des gourmands et des gourmets, des gros et des fins mangeurs, des sédentaires et des oisifs, dépensant organiquement peu, alors que leur hudget se chiffre par d'abondantes recettes. C'est ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, qu'elle peut être la conséquence d'une alimentation tròp riche en sels terreux, sels qui jouent un rôle si prépondérant dans la constitution des dépôts goutteux. Ce seraient toujours les éléments calcaires et uratiques excédant la saturation du sang qui se déposeraient dans les tissus et plus particulièrement dans les articulations. Or, comment concevait-on, jusqu'ici, la diététique de la goutte? On conseillait aux malades un régime sévère, peu riche en viandes, avec prédominance de végétaux, de lait, de laitages ; c'est-à-dire d'aliments précisément riches en sels terreux. N'était-ce pas augmenter l'alcalinisation, la minéralisation du sang, précipiter en masse les produits uratico-calcaires ; en un mot, favoriser la formation et le dépôt de dépôts goutteux au lieu de les combattre?

La cure de désintoxication mérite donc certainement d'attirer l'attention des médecins et celle des malades qui souffrent de la goutte ; elle a pu donner des résultats sérieux. Mais elle a, nous le verrons plus loin, des inconvénients nombreux et de valeur, qu'il est impossible de laisser dans l'ombre. D'ailleurs, est-il certain qu'on puisse l'appliquer à tous les cas, ou faut-il la réserver seulement à certains d'entre eux? Peut-elle toujours être prescrite dans toute sa rigueur, ou doit-elle plutôt subir de fréquentes et notables atténuations? Enfin, est-il hien certain qu'elle puisse dispenser le praticien qui l'ordonne de tout autre traitement anti-goutteux véritable? C'est ce que nous allons rapidement examiner ici, non sans avoir rappelé, en quelques mots, en quoi consiste au juste la cure de désintoxication.

Le traitement de Guelpa, l'antipode de tontes les méthodes classiques et officielles, pourrait réussir du premier coup dans les cas récents d'arthrite gouttense légère. Dans les affections anciennes, accompagnées de déformation des extrémités osseuses, il demande, rait qu'on y revint à plusieurs reprises. Dans un cas comme dans l'autre, il comprend quatre périodes. Dans une premières période de 3 on 5 jours, le malade jeûne et se purge! Il boit à volonté une infusion soit de thé, soit de café on de tilleul et absorhe quotidiennement de citrate de magnésie, 50 grammes ; de magnésie calcinée, 2 gr. 50 ; de chlorure de sodium, autant ; additionnés d'une dizaine de gouttes d'essence de citròn, le tout dans 500 gr. d'eau. Viennent ensnite 3, 10, 15 jours d'un régime encore très spartiate ; pas d'eaux riches en calcaires, d'aliments contenant des sels terreux : épinards, oignons, choux, lentilles, avoine, orge, pois, œufs, lait, etc. La troisième période est la période d'abondance, elle dure trois jours pendant lesquels le goutteux est mis au régime carné. Et quelles viandes on lui donne! Les plus riches en purines : ris de veau, foie, etc. Il peut en même temps faire usage de fruits, de boissons acides : citrons, fraises, oranges. (Le Dr Guelpa permet-il le cidre de tout temps préconisé contre la goutte, dans les contrées qui le produisent, cidre qui eut dernièrement les honneurs de la discussion de l'Académie de médecine?)

Enfin, terminant le cycle, revient comme au déhut, une période de pénitence et de macération, dont la purgation et le jeûne feraient à nonveau tous les frais...

Le moins qu'on puisse dire de la cure de désintoxication de Guelpa, c'est qu'elle est bien sévère et pénible à supporter, surtout si elle doît se prolonger, si l'état du malade exige qu'on la répète. Le docteur Guelpa n'a-t-il pas cité l'exemple d'un de ses clients, lequel aurait jeûné 100 jours et absorbé 70 purgations? Certes, un tel courage méritait d'être récompensé par la guérison ; mais le docteur Guelpa, ou plutôt son malade, trouverait-il beaucoup d'imitateurs? De plns, au moment où les articulations des goutteux, sous l'heurense influence du régime reprennent leur liherté, le malade ressent des douleurs aiguës au niveaú des muscles dont les fonctions se rétablissent. Et ces douleurs résistent à toute thérapeutique, même à l'électricité, ohligeant parfois les plus stoïques à implorer la cessation du traitement. Seuls, les sucres, l'acide formique, les rendraient tolérables, en même temps qu'ils favoriseraient la nutrition musculaire.

Aussi, s'ils admettent le principe de la méthode de Guelpa, heaucoup de médecins entendent-ils ne pas en imposer à leurs malades l'application stricte et la rigoureuse discipline, et ils s'en sont expliqués lors de récentes séances de la Société de thérapeutique. Certes, comme l'a dit Burlureaux, les boissons acides sont bonnes, il faut les recommander ; le régime lacto-végétarien est au contraire à déconseiller ; la chaux dans la boisson des goutteux ne vaudrait rien. Il leur faudrait une eau très pen minéralisée, décalcifiée chimiquement ou par tout autre procédé. Peut-être. Mais n'est-il pas à craindre que pareille décalcification unie à un régime trop déminéralisé, trop pauvre en calcaires, en sels terreux, ne prédispose les malades à la tuberculose? Ainsi l'a fait, fort à propos et très justement, observer Laumonier. Surtout chez un malade anémié à l'extrême par le jeûne et les purgations, le fait serait à craindre ; ce qui incite le même auteur à adopter, d'une part, le régime carné de Guelpa, pour repousser d'autre part le jeûne et les purgations qu'il considère comme trop rigoureux chez les goutteux et parfois comme dangereux.

En résumé, dans la cure de désintoxication comme dans toute méthode thérapeutique extrême, il y aurait à prendre, mais aussi heaucoup à laisser. Le praticien doît être ici plus que jamais médecin, tenir compte de l'état de son malade, de sa résistance et de sa vigueur, de ses antécédents personnels et héréditaires, dn fonctionnement de ses organes, etc.

Voir s'il a devant lui nn goutteux *floride*, hypertendn ou, au contraire, un malingre, un affaibli. Dans ces conditions, avec dn doigté, une grande surveillance, la cure de désintoxication pourra être tentée (quitte à y apporter les atténuations nécessaires), surtout chez un goutteux ayant vainement, jusque-là, demandé à la médecine un remède à ses souffrances. N'est-ce pas reconnaître du même conp qu'elle ne saurait tonjours être recommandée à certaines catégories de malades?

Chacun sait, par exemple, depuis les travaux dn professeur A. Rohin, qu'entre un individn qui vient d'accomplir un travail musculaire intense et prolongé et un arthritique confirmé, il y a pen de différence. Peut-être oublie-t-on trop que les premiers comme les seconds peuvent devenir de parfaits goutteux? Pourtant, rien de plus vrai. Si on avait examiné, à la fin de l'éprenve, les urines des cyclistes ayant, ces derniers temps, pris part à Paris à la course des six jours, on y eut relevé un excès d'acide urique, indice d'un taux d'uricémie certainement exagéré. Le fait est constant en pareilles circonstances, la décharge uratique dure plusieurs jours, après quoi tout rentre dans l'ordre... d'ordinaire.

D'ordinaire, car il n'en est pas toujours ainsi. Il s'est trouvé parfois des snjets sans antécédents héréditaires, de santé parfaite, très sobres, très entraînés aux exercices physiques, qui à la suite d'un surmenage: course, cyclisme, alpinisme, etc... présentaient, comme il est dit plus haut, des urines foncées, chargées en urates ; et cela durait quelques jours. Seulement, lorsque pen après ces mêmes sujets reprenaient leurs exercices, leurs travaux, ils remarquaient d'abord que la fatigue se montrait chez eux plus vite. Venaient-ils à faire faire l'examen de leurs urines et de leur sang, qu'ils étaient reconnus franchement uricémiques et goutteux! Que s'était-il passé chez eux en pareil cas? Ceci tout simplement : à la suite du surmenage musculaire aurait eu lieu dans leurs tissus, une destruction considérable de noyaux cellulaires, avec abaissement parfois très notable du poids chez des sujets d'embonpoint moyen, d'où formation abondante d'acide urique. Au déhut, celui-ci s'éliminait hien, les humeurs ne s'étant pas encore modifiées. Mais, quand par snite de l'abondance des déchets, le fonctionnement du foie et de la circulation venait à haisser, il y aurait eu accumulation de l'acide urique en excès et l'on aurait vu alors devenir uricémiques de purs végétariens, des gens d'ordinaire au régime ascétique, qui ne huvaient que de l'ean! Des faits de ce genre ne sont par très rares dans la science, parce qu'il est absolument certain et prouvé aujourd'hui, que tout surmenage musculaire retentissant à un moment sur le foie, peut conduire à l'arthritisme et à la goutte.

Bien plns, ce qui est vrai dn surmenage musculaire, l'est également de tout surmenage nerveux, intellectuel. On a pu citer des artistes, des écrivains, très sobres, sans aucun antécédent, devenir gontteux, graveleux avant la quarantaine, à la suite d'excès de travail, de veilles. Et pourtant, ces artistes, ces intellectuels, ne dédaignaient pas les exercices physiques pratiqués au grand air, exercices insuffisants pour assurer chez eux la combustion des déchets trop abondants. Il est hien difficile d'admettre que le jeûne, les purgations puissent être profitables à de pareils goutteux pour ne pas dire plus. Le repos, l'usage prolongé des fruits alternant avec des périodes fréquentes de régime carné, presque

exclusif, semblent infiniment mieux leur convenir. Alors que la cure de désintoxication stricte pourrait avoir pour eux les plus sérieux inconvénients en augmentant une misère physiologique véritable, qui n'est que trop réelle, chez un grand nombre de surmenés.

Quelle que soit la façon dont on l'applique, et si confiant qu'on puisse être dans l'efficacité du traitement de Guelpa, nous avouons maintenant nous ranger encore du côté des médecins qui ne se montrent pas séduits, au point de délaisser entièrement les anciennes méthodes. Nous entendons seulement faire un choix. A vrai dire, on a beaucoup parlé et écrit ces dernières années sur la question, notamment sur les fameux *solvants* de l'acide urique. Nous continuons à les croire plus qu'utiles pour aider l'économie dans sa tâche éliminatrice ; le tout est de savoir auxquels il convient de s'adresser.

Pour Lüff, l'acide urique n'existant dans les humeurs et dépôts du goutteux qu'à l'état de biurate et de quadriurate de soude, aurait des propriétés toutes différentes de celles de l'acide libre.

Ainsi, on supposait jusqu'ici : 1° que les alcalins rendaient soluble l'acide urique existant dans les tissus et dans le sang : 2° que le biurate déposé dans les articulations était également solubilisé par eux : 3° que l'acidité générale des tissus était enfin, elle aussi, neutralisée par ces mêmes alcalins. Mais Lüff, s'appuyant sur de nombreuses expériences, est venu nous dire : 1° que les citrates de potasse et de lithine n'augmentaient en rien le pouvoir dissolvant du sang vis-à-vis des dépôts goutteux ; 2° que le phosphate de soude n'en faisait pas davantage, alors que le bicarbonate de soude diminuerait plutôt le pouvoir de dissolution ; 3° que la pipérazine elle-même ne serait nullement dissolvante, alors pourtant qu'on l'introduirait dans le sang, à des doses infiniment plus considérables que celles dont use la thérapeutique, etc.

D'autre part, d'après Plicque, l'action des sels de lithine si vantés dans le traitement de la goutte serait infiniment plus toxique que celle des sels de potasse, ils agiraient sur le cœur, par l'intermédiaire des ganglions nerveux, déterminant un ralentissement marqué des contractions. Heureusement que l'élévation des doses provoquerait des troubles gastro-intestinaux avertisseurs chaque fois qu'on serait tenté de trop demander à ces agents dangereux.

Tout en faisant des réserves au sujet de ces excommunications majeures, la question, on en conviendra, ne serait pas aisée pour le praticien qui croit à la nécessité d'une médication antigoutteuse, à la fois calmante, dissolvante et éliminatrice de l'acide urique et qui vent, comme son malade, la réaliser de la façon la plus logique, la plus efficace et la plus simple, si l'urodonal n'existait pas. Mais depuis l'apparition, il y a quelques années déjà, de ce dernier sur la scène thérapeutique, on peut dire que pareille difficulté a disparu. Nous ne présenterons pas à nouveau à nos lecteurs un produit aujourd'hui universellement connu. Depuis sa présentation à l'Académie des Sciences par le professeur Fleury (de Rennes), des observations et expérimentations sans nombre sont venues confirmer la parole autorisée du professeur Lancereaux, qui recommande formellement l'urodonal, dans lequel il voit un vrai spécifique de la maladie goutteuse. La supériorité de ce dernier se comprend sans peine, quand on vent bien se souvenir de ses propriétés. Comme dissolvant il ne saurait être comparé à aucun autre ; l'acide urique fond véritablement en sa présence comme le sucre dans l'eau chaude, a-t-on pu dire, car il est 37 fois plus actif que la lithine, sans avoir aucun des inconvénients des sels de cette dernière. La pipérazine et ses composés, l'acide thymique ne peuvent davantage, sous ce rapport, entrer en compétition avec l'urodonal. Comme antifermentisable, ce dernier présente dans sa composition un élément antiseptique qui jouit de la propriété d'arrêter les fermentations urinaires. Son action sur le foie et les ferments leucocytaires ne semble pas d'ailleurs plus douteuse, et il n'est pas inutile de rappeler à ce propos que selon Huchard et Fiessinger, c'est par une action semblable que les eaux minérales alcalines amélioreraient les goutteux. Enfin, et cela est capital, l'urodonal non seulement chasserait des tissus le poison urique solubilisé, mais il aurait une action préventive sur sa fonction, il s'opposerait à sa production exagérée, à son accumulation dans les tissus périarticulaires et dans les jointures. Dissoudre l'acide urique et les urates n'est pas faire de la médication causale, c'est là, pure médication symptomatique, c'est-à-dire imparfaite, incomplète, Et si l'on veut soulager réellement le goutteux, l'empêcher réellement de souffrir, il convient non seulement de l'aider à éliminer son acide urique, mais, ce qui est autrement important, le mettre en mesure de ne plus en fabriquer... du moins en excès.

Telles sont les raisons multiples qui font de l'urodonal, un agent thérapeutique incomparable. Administré à l'occasion des poussées aiguës dans la goutte, il n'a aucun retentissement fâcheux sur les reins comme les salycilates, rien des effets dangereux, redoutables parfois, du colchique et de la colchicine. Alors qu'on l'administre dans ces conditions à la dose de 3 cuillerées à soupe par jour, les douleurs perdent rapidement de leur acuité et la durée même de la poussée est parfois très notablement abrégée.

Dans la goutte chronique, il permet, en temps opportun, un bon drainage, qu'on peut renouveler, soit tous les mois, soit à l'occasion d'un excès, d'un surmenage quelconque. C'est là la *saignée urique*, qui, en nettoyant l'organisme, en drainant les tissus, en les lavant à fond, débarrasse les reins, les articulations, le sang, de tout acide urique ultra normal, ce qui permet au goutteux d'éviter la crise menaçante.

L'urodonal n'a point son pareil pour préparer une cure thermale, pour en compléter l'action, même pour la remplacer complètement, chaque année, chez les goutteux dans l'impossibilité de s'accorder les bienfaits d'une villégiature annuelle dans les stations en renom. D'ailleurs, une cuillerée à soupe d'urodonal dans un litre d'eau ordinaire, minérale, eau de table quelconque, donne une boisson excellente, qu'on peut prendre seule ou mélangée avec du vin, de la bière, du cidre surtout. C'est dire qu'on n'a jamais à redouter de ce côté la moindre fatigue, le moindre dégoût, la moindre intolérance, même après un usage prolongé, quasi-continu...

C'est donc une cure de désintoxication en miniature et permanente, que le sujet prédisposé à la goutte peut ainsi se payer sans crainte, avec la certitude de ne jamais faire fausse route dans cette voie thérapeutique, et d'obtenir sans peine et sans efforts, des résultats que le traitement de Guelpa lui refuserait parfois, ou lui ferait trop chèrement payer.

LES ACCIDENTS DE LA RUE A NEW-YORK

Dans le courant de l'année 1912, 532 personnes dont 23 enfants, ont été victimes d'accidents mortels, dans les rues de New-York, dont 201 occasionnés par des automobiles. Les accidents de ce genre sont environ deux fois moins nombreux à Londres et à Paris, et environ cinq fois moins à Berlin.

QUELQUES TYPES D'EXCENTRIQUES[1]

par le Docteur CABANÈS.

I

Notre époque est vraiment d'une uniformité désolante ; en vérité, nous sommes devenus trop raisonnables.

Jamais, nous dira-t-on, les asiles d'aliénés ne furent plus peuplés, jamais la folie ne fit plus de victimes. Nous vous l'accordons, mais on ne rencontre plus dans les rues, et nous le déplorons, pour ce que le pittoresque y perd, de ces êtres inoffensifs et bizarres, de ces « doux toqués », que leur physionomie, leur costume, leur attitude dénonçaient de suite à l'attention sympathique du passant.

Quelques-uns de ces « excentriques », travaillés d'une vanité secrète, mettaient peut-être certaine affectation dans l'art de mystifier leurs contemporains, certaine complaisance à étaler leur misère ou leur manie ; bien que, le plus souvent, comme l'a écrit l'un de ceux qui les ont le mieux étudiés, « les véritables excentriques s'ignorent ; ils ne se savent pas excentriques et surtout ne le disent pas..., bohêmes à l'esprit difficile et chagrin, souvent mystérieux comme des sphynx et toujours indéchiffrables comme l'obélisque ».

A pénétrer plus avant dans leur psychologie, tôt on s'aperçoit que l'excentrique n'est pas seulement, selon la croyance du vulgaire, un original, ou un maniaque sans conséquence ; c'est aussi, c'est souvent un déséquilibré qui, toute la vie, peut côtoyer les frontières de l'aliénation, sans verser toutefois jusqu'à l'abîme.

Dans sa description du « fou de la société », Ghislain, l'aliéniste de Gand, paraît avoir visé cette catégorie de demi-fous, quand il parle de ces hommes frivoles, qui attirent les regards des masses et qui cependant ne sont pas des fous, quoiqu'on les désigne comme tels dans la vie commune. La singularité de leurs vêtements, les fantaisies dans la construction de leurs habitations, ou dans l'arrangement de leurs meubles, leurs lubies inattendues dénoncent manifestement un trouble mental, un écart de la norme ; mais la ligne de démarcation entre la sagesse et la folie est si malaisée à tracer, que la science hésite, là où le peuple prononce d'instinct.

Ceux que le monde désigne avec indulgence sous le nom d'*originaux*, font tout au rebours des gens sensés, n'apportent dans leurs desseins, ni décision, ni esprit de suite. La plupart, dépourvus de sens moral, ne tardent pas à se dégrader et, comme ils ne trouvent ni dans leur conscience ni dans leur jugement aucun frein, aucun contrôle, ils tombent de chute en chute au dernier degré de l'avilissement.

Tant qu'ils n'apportent pas de trouble dans l'organisme social, tant qu'ils ne provoquent pas de scandale, nulle mesure protectrice n'est prise à leur égard et la médecine légale, pas plus que la justice, n'ont à s'inquiéter de ces êtres foncièrement malades, mais qui ne menacent point la sécurité publique, de ces sujets qu'un auteur anglais a vigoureusement caractérisés : *They are certainly cracked; but the crac klet in night:* « ils sont certainement détraqués, mais leur détraquement demeure dans l'ombre ».

Les personnages que nous allons faire défiler sous vos yeux ont tous présenté d'incontestables fêlures ; peu, cependant, ont sombré dans l'irrémédiable folie.

Celui qui ouvre la marche s'appelait CARNEVALE. Les Parisiens, par dérision, l'appelèrent Carnaval, voulant oublier son origine italienne.

Le père de Carnevale habitait Castellamare, près de Naples ; son frère était un abbé distingué de la cité napolitaine. C'était un des théologiens les plus savants de la Calabre.

Notre héros avait, dès son jeune âge, cultivé la poésie et la musique. Arrêté, en même temps que Cimarosa, en 1789, il avait été jeté dans un cachot et condamné à mort ; grâce à une intervention mystérieuse, il eut la vie sauve : sa peine fut commuée en un exil perpétuel.

Carnevale débarqua à Marseille dans le plus complet dénuement ; il vint ensuite à Paris, où il donna pour vivre des leçons d'italien.

Le peintre Devéria l'a représenté, vêtu d'une

[1] Article inédit. Reproduction interdite à tout journal non abonné à la Société des gens de lettre.

ample robe à fourrures, qui le fait ressembler à un doge ; une collerette entoure son cou et il est coiffé d'une sorte de chapeau à côtes de melon et à larges bords, orné de plumes rabattues, d'où pend un long cordon qui s'étale jusque sur le ventre.

Carnevale ne s'est pas borné à ce travestissement : sa garde-robe était des plus fournies en costumes de tout genre et de toutes nuances. Parfois, on le voyait habillé d'une petite veste, d'un rouge éclatant, d'un pantalon étroit, court, à pont, rouge également, d'un gilet rouge, et de pantoufles pareillement rouges.

Autour de son cou flottait une décoration inconnue, un grand cordon de moire bleu ; un chapeau de paille, dont le ruban était remplacé par une chaînette d'acier, à laquelle pendaient quelques fleurs artificielles aussi fanées que des fleurs naturelles, des verroteries, du clinquant, en un mot des ornements de sauvages, complétaient le plus bizarre des accoutrements.

Un autre jour, il apparaissait en frac d'azur, à boutons d'or, par dessus lequel se détachaient des bretelles richement brodées, et un chapeau bleu, qu'entourait une couronne de roses artificielles.

N'allez pas crier trop vite à la contradiction ! Carnevale avait son idée, en traversant les boulevards, tantôt vêtu d'écarlate, tantôt de jaune serin ; vêtements sombres et vêtements clairs avaient leur signification.

Devant qui voulait l'entendre, ce Diogène en escarpins vernis développait gravement sa théorie des couleurs successives.

L'habit noir avait, selon lui, le plus déplorable effet sur le caractère : notre morosité habituelle ne reconnaîtrait pas d'antre cause, anssi ne l'adoptait-il que lorsqu'il était triste ou pour témoigner de son mécontentement, quand ses élèves lui en avaient donné le sujet.

Ses théories là-dessus étaient amusantes à entendre.

Rien de plus simple, disait-il. vous vous levez radieux, le soleil entre à pleins rayons dans votre chambre à coucher et joue sur votre tapis : vous mettez votre habit rouge.

Le temps est gris et vous vous levez soucieux et chagrin, vous revêtez l'habit jaune.

Il pleut, vous êtes insupportable à vous-même et aux autres, prenez votre habit café au lait. Et, ajoutait-il avec un imperturbable sérieux, croyez qu'il y aurait à cela un énorme avantage ; car, du plus loin que vos amis vous apercevraient, ils sauraient le vent qui souffle et de quelle humeur vous êtes ; aussi vous aborderaient-ils en conséquence : c'est le véritable moyen d'éviter les fâcheux.

Carnevale habitait, au nº 10 de la rue Royale, un logement composé de deux chambres, sur la cour ; une de ces chambres, où le concierge avait ordre de ne laisser pénétrer âme qui vive, était exclusivement meublée de porte-manteaux, auxquels étaient accrochés plus de soixante vêtements complets, dont quelques-uns, très élégants, avec quantités de chapeaux et les mille parures de strass, de perles et de bijoux faux, que les femmes abandonnaient volontiers à ce maniaque inoffensif, et d'ailleurs plein de prévenances et de délicatesse à leur endroit (1).

Quand la Révolution de 1830 éclata, le 28 juillet — une des trois Glorieuses —, Carnevale traversait les quais, habillé comme Henri IV, ne se doutant pas que Paris était en pleine émeute. Une bande d'insurgés, armés de fusils et de sabres, le prenant pour un prince, ne parlaient de rien moins que de le jeter à l'eau. Quatre solides gaillards se disposaient à exécuter l'ordre de la foule, quand un brave cocher, qui l'avait reconnu, se porta garant de son loyalisme et, le faisant monter dans sa voiture, lui sanva, simplement, la vie.

Le lendemain, Carnevale reprenait ses habits noirs et la tristesse l'envahissait du même coup. Pris d'idées noires, il alla sonner à la porte de Bicêtre, où l'on fut tout surpris d'entendre un fon raisonner avec autant de lucidité (2). Quand le retour de la tranquillité publique lui eut rendu le calme, Carnevale demanda son costume rouge : c'était d'heureux symptôme ; le médecin lui signa son *exeat*.

Carnevale était possédé d'une autre toquade : il se refusait à coucher dans un lit. Il reposait, tout tout habillé dans un fauteuil de cuir, d'où il se levait régulièrement tous les matins, à cinq heures, pour se rendre aux Halles faire des achats, non pour lui, certes — car il se contentait d'un plat de pommes de terre, qu'il accommodait lui-même (1), on dînait en ville, chez des compatriotes qui l'accueillaient ; ses achats étaient destinés à la table des artistes qui le conviaient : Mme Rossi, la grande cantatrice ; Lablache, à l'abdomen proéminent, mais au larynx vibrant ; ou Tamburini, « l'illustrissimo » chanteur.

Un jour qu'il sortait de la Bibliothèque nationale, où il consacrait de longues heures à ce qu'il appelait ses études historiques — en réalité, il employait son temps à copier des livres érotiques, notamment les ouvrages de l'Arétin, dont il colportait en tous lieux la brûlante prose — Carnevale heurte dans la rue un obstacle : c'était Lablache qui lui barrait le passage.

— Comme je suis aise de vous voir ! s'écrie le bibliomane, je viens précisément de rencontrer Bellini et suis heureux de vous faire part de cette heureuse rencontre.

Bellini ! Labache ne revenait pas de sa stupéfaction.

— Bellini, l'auteur de *Norma* ?

— Sans doute, en connaissez-vous un autre ?

— Mais, réplique l'interlocuteur, ne savez-vous pas que Bellini est mort ?

— Vous êtes fou, mon pauvre Lablache ! dit, sur un ton apitoyé, Carnevale, qui brusquement interrompit le colloque.

Etait-il doué du don de seconde vue ? Faisait-il du spiritisme avant les spirites ? Toujours est-il que Carnevale paraissait d'entière bonne foi, quand il assurait avoir conversé avec Bellini ou avec la Malibran, avec Napoléon ou avec M. de Voltaire (2).

Quand on le voyait parler seul, faisant à la fois les demandes et les réponses et se donnant pour interlocuteurs imaginaires les célébrités qui avaient vécu à la fin du XVIIIe, ou au commencement du XIXe siècles, on pensait, à part soi : il est timbré !

Et, cependant, ceux qui ont vécu dans son intimité, qui ont eu avec lui des relations suivies, se sont demandé si le spiritisme de Carnevale n'était pas une mystification bien organisée ; ou si, réellement, il avait la persuasion qu'il s'entretenait avec les morts illustres. Et cela nous rappelle les paroles profondes qu'Hoffmann met dans la ... bouche de son chien, Berganza, un chien qui aurait pn donner des leçons à bien des hommes :

Sous un certain rapport, chaque esprit, quelque peu original, est prévenu de folie ; et, plus il manifeste de penchants excentriques, en cherchant à colorer sa pâle existence matérielle du reflet de ses visions intérieures, plus il s'attire de soupçons défavorables. Tout homme qui sacrifie à une idée élevée et exceptionnelle, — qu'a pu seule engendrer une inspiration sublime et surhumaine —, son repos, son bien-être et même sa vie, sera inévitablement taxé de démence, par ceux dont toutes les prétentions, toute l'intelligence et la moralité se bornent à perfectionner l'art de manger, de boire et à n'avoir point de dettes.

En s'affublant de la peau de son chien, Hoffmann, prévoyant qu'il serait taxé de visionnaire, préparait sa défense pour la postérité.

Certes, nous sommes bien osés de vouloir délimiter, par des cloisons étanches, la raison et la démence, et avec quelle prudence nous devons prononcer nos arrêts, surtout quand nous avons à juger des êtres comme Carnevale qui, à part son innocente monomanie, était l'homme du monde le plus séduisant, le plus raisonnable qui fût.

« Une fois acceptée sa manière d'être, écrit un de ceux qui l'ont approché (1), il était sensé et causait agréablement. C'était un esprit sérieux, très au courant de la littérature de son pays ; il connaissait même assez bien les auteurs français, anciens et modernes, et tenait tête à tous les artistes, qui l'accueillaient volontiers et se faisaient une gloire de le connaître et même de paraître en public avec lui (2). »

Combien voudraient mériter pareils éloges !

II

Si on se sent pris d'indulgence pour des hommes comme Carnevale, qui ont cultivé leur manie, sans porter préjudice à autrui, c'est presque de l'admiration que l'on professe pour ces illuminés, dont l'amour de l'humanité fut la folie, qui ont rêvé le bonheur universel, croyant possible et réalisable cette généreuse utopie et, avec une foi d'apôtre et pas le sol en poche, s'en sont allé de ville en ville, semant la saine doctrine aux quatre points cardinaux. Jean Journet fut un de ceux-là.

La foi profonde qu'il mit au service des doctrines de Fourier, mettez-la au service du Christ, et vous aurez Pierre l'Ermite : l'objet seul est différent, le but n'est pas moins louable.

Raconter l'odyssée de ce « chemineau », de cet homme de la grande route, car sa vie fut, selon l'expression d'un de ses biographes, un sublime vagabondage, il n'y faut point songer. Contentons-nous de fixer quelques traits de cette physionomie à laquelle nous portons d'antant plus intérêt, qu'elle nous représente presque un des nôtres : Jean Journet tint, en effet, pendant un temps, boutique de pharmacie ; après une jeunesse orageuse, — il avait été *carbonaro* et avait failli payer de sa tête son affiliation à ce groupe d'ardents conspirateurs — il était allé s'établir pharmacien à Limoux, dans les environs de sa ville natale, Carcassonne.

Il s'y maria et fit souche ; mais, derrière ses bocaux, il songeait ! Nature exaltée pour le bien, aspirant à faire du prosélytisme, la monotonie de la vie provinciale lui pesait ; pour secouer l'ennui qui le dévorait, il s'abîma dans d'intarissables lectures.

Entre toutes les doctrines philosophiques, le saint-simonnisme l'avait séduit, mais non complètement conquis.

Un jour, un livre de Fourier lui tombe sous la main ; il le lit, il le dévore, il l'étudie et le commente sans trêve. Son parti est bientôt pris : il abandonne son commerce, sa femme et ses enfants, pour accourir vers le maître et se proposer à lui, pour être le propagateur de ses doctrines.

Sa première visite, en arrivant à Paris, fut pour Fourier. Mais quelle déception l'attendait ! Le *Sauveur du monde* le reçut dans un taudis mal éclairé, où deux moitiés de tisons, cherchaient inutilement à s'enflammer dans un pâle baiser. Sur la table, vingt-quatre sous se déroulaient tristement et disaient la détresse du maître du logis.

Journet s'en retourna découragé, désillusionné ou plutôt navré d'avoir vu un chef d'école dans un tel isolement. Il revint au milieu des siens, mais sans désespérer de l'avenir : le jour viendrait où triompheraient les idées dont il s'était constitué le champion. Mais leur réalisation n'arrivant pas assez vite au gré de ses désirs, il partit de nouveau pour l'aider à se produire.

De là datent les véritables débuts de son apostolat.

Le maître disparu, ses disciples vont certainement lui faire accueil ? A l'École phalanstérienne, à la *Démocratie pacifique*, organe de l'école fouriériste, on l'éconduit avec plus ou moins d'égards. Mais Journet a la persévérance et la ténacité, ces qualités de l'apôtre : puisque les « intellectuels » refusent de l'entendre, il s'adressera directement au peuple. Il écrira les préceptes de la nouvelle religion, il imprimera des brochures et il les vendra ; si on ne les achète pas, il les donnera : il aurait pu commencer par

---

(1) Sa délicatesse et sa probité étaient bien connues ; du peu d'argent qu'il gagnait, il faisait trois parts : la première était pour les pauvres, la seconde était destinée à sa nourriture, la troisième, à l'achat de ses étoffes : il se ruinait, nous révèle un de ses contemporains en taffetas jonquille et en velours ponceau.

(2) « Lorsqu'il se sentait devenir malade, écrit P.-A. Fiorentino, ou que sa raison s'en allait aux approches des grandes chaleurs, il prenait le chemin de l'hospice et priait les médecins de le garder, jusqu'à ce que son accès de fièvre ou de folie fût passé. Une année, sa maladie se prolongeant plus que de coutume, il tomba dans une détresse affreuse. Ses amis, pour adoucir sa position, sans blesser sa fierté, confièrent au médecin qui le soignait le produit d'une souscription qu'ils avaient faite entre eux, ayant bien soin de prier le docteur de ne pas dire d'où lui venait cet argent. Mais ils avaient compté sans Carnevale ; dès qu'il eut repris l'usage de sa raison, il obséda tant son médecin, que celui-ci, pour lui épargner une nouvelle atteinte de folie, fut obligé de lui tout avouer. Alors, par des efforts surhumains d'économie, de patience et de travail, Carneval amassa, sou par sou, la somme qu'il devait et, s'acquittant de sa dette, il écrivait sur le papier qui contenait l'argent dû : *avec les remerciements sincères de M. Carnevale.*

(1) D'après Maxime du Camp, la nourriture de Carnevale se composait exclusivement de légumes, qu'il entassait dans sa mansarde, à côté de sa collection de costumes et de chapeaux. Il ne variait pas le menu de ses repas : six mois de pommes de terre et six mois de haricots blancs. Mais, plutôt s'il était disciple de Pythagore *at home*, à la table d'autrui, il se réclamait toujours très aimablement d'Apicius et d'Epicure.

(2) Un jour, comme un de ses amis laissait échapper devant lui quelques signes d'incrédulité, Carnevale lui prit les mains avec force, ses yeux s'humectèrent et il lui dit d'une voix vibrante : « Me croyez-vous par hasard, un malhonnête homme ? Ai-je jamais menti ? Ma vie n'a-t-elle pas toujours été pure et sans tache ? Ai-je donné le droit de douter de ma parole ? Eh bien ! poursuivit-il, quand je vous dis, quand je vous assure sur ma parole d'honneur que je viens de voir Cimarosa comme je vous vois et qu'il vient de me parler, pourquoi me faites-vous l'affront d'en douter ? »

(1) Ch. Yriarte, *Les Célébrités de la rue* ; Champfleury, *Les excentriques*, et *Musée des Familles*, 1876.

(1) Carnevale s'est éteint doucement, comme il avait vécu ; quelques passants, qui l'avaient vu tomber sur le trottoir, s'empressèrent autour de lui. On le transporta à l'hôpital Beaujon ; son agonie ne fut qu'un long assoupissement. Le lendemain, quand ses amis allèrent aux nouvelles, on leur répondit qu'il était mort ! Il était allé rejoindre les âmes qui avaient conversé avec lui, durant sa vie.

à. Il ira partout où va la foule, sur les places publiques, dans les cafés, au théâtre.

Le 8 mars 1841, on joue *Robert-le-Diable* à l'Opéra. Journet, qui a son idée, s'y rend. Pendant les entr'actes, il s'installe dans les couloirs et fait une ample distribution de ses opuscules, aux spectateurs interloqués. Arrêté, il est conduit au bureau de police et soumis à un interrogatoire en forme. Au commissaire qui lui demande pourquoi il s'est livré à cette propagande insolite, il répond :

Par le besoin irrésistible d'annoncer au monde, en général, et aux riches, en particulier, l'apparition de la loi de justice et de vérité et l'espoir que sur tant d'individus, l'élite de la société, il y en aura quelques-uns qui daigneront se détourner un instant, pour juger, avec connaissance de cause, si cet évènement, tout miraculeux qu'il parait être, se trouve justifié par les travaux de l'immortel Fourier.

Cette réponse, légèrement incohérente, le perd dans l'esprit du magistrat, qui déclare qu'il va en référer au préfet de police, pour la décision à prendre. Celle-ci est bientôt prise : Jean Journet est invité à monter dans une voiture cellulaire : une fille, qui criait et chantait à tue-tête, s'y trouvait déjà. Côte à côte et de compagnie, ces deux êtres inoffensifs sont transportés, l'une à la Salpétrière, l'autre à Bicêtre.

L'apôtre a conté lui-même sa mésaventure, en termes tels que son récit acquiert la valeur d'un document : c'est une description des asiles de fous, à l'époque de Louis-Philippe, il n'en est pas de plus saisissante, de plus « vécue ».

Les formalités des bureaux accomplies, le nom de Jean Journet se trouve inscrit au nombre des aliénés, le 9 mars 1841, 3e division, 3e salle, 10e lit, et cela 33 ans après l'apparition de la *théorie des quatre mouvements*.

L'on me conduisit dans un couloir occupé par une centaine de fous ; l'on me fit quitter absolument tous mes vêtements, qui furent remplacés par des hardes très vieilles, mais très propres.

Je fus dans la cour, et à tous les employés ou infirmiers que je pus trouver, je leur demandai avec instance une conférence avec le directeur ; mais les uns souriaient, les autres levaient les épaules. Je courus me perdre, jusqu'au coucher, dans la foule des fous, des idiots, des épileptiques.

J'avais observé que le n° 9, mon voisin de droite, était malade, puisqu'il se trouvait du petit nombre de ceux qui ne s'étaient pas levés. A son immobilité, à son oppression, je pus même juger qu'il était un des plus malades ; cette circonstance augmenta la tristesse qui présidait à mon coucher. Sur les dix heures, on lui administra une pilule qu'il ne put avaler, mais qu'il mâcha et délaya dans sa bouche. Dès lors, à l'odeur cadavéreuse qui m'avait si horriblement oppressée jusque-là, se joignit une odeur de musc et d'assa-fœtida, et des maux de tête s'ajoutèrent à mes maux ne cœur. J'étais, depuis environ deux heures, dans cette disposition, lorsque d'affreuses convulsions, précédées d'un cri long, creux, déchirant, un cri qui n'appartenait pas à l'ordre des choses de notre nature, me contraignirent à tourner mon regard vers mon malade, et je vis une face ronde, plate, violacée, hideuse.

L'infirmier accourut bientôt après, le râle se fit entendre et le veilleur, après l'avoir arrangé, s'en alla en disant : *Il sonne le premier*, seul propos impie, au reste, que j'aie entendu dans cette demeure.

Le jour parut, la cloche sonna le lever. Depuis quarante-huit heures, à peine avais-je fermé les yeux ; il fallut s'habiller. On lava et balaya les dortoirs. Les lits furent dressés ; tous, rangés à la file, nous attendons la visite : pour moi, ce moment était solennel, je m'y préparai.

Le docteur parut avec son état-major ; au n° 9, l'infirmier dit : nuit agitée, crise terrible, mais *plus calme* depuis deux ou trois heures. — Le n° 10 est un nouveau, dit le médecin ; pourquoi ne l'a-t-on pas mis à l'admission ? — Son état inoffensif, reprit le garçon, a fait supposer au chef de bureau qu'il serait placé ici plus convenablement. — Qu'on répare cet oubli au plus tôt. Et se tournant vers moi : Racontez-moi les circonstances principales de votre vie.

— Ce que je fis avec naïveté ; et, protestant avec verve et logique contre l'incurie des agents subalternes : « Je remets ma cause entre les mains d'un homme dont l'expérience et la position scientifique doivent me mettre à l'abri de toute méprise.

Le docteur lui ayant demandé de lui faire connaître quelques fragments de ses œuvres, Journet déclame un épitre dédiée aux élèves de Polytechnique, dans laquelle il est vaguement question de Fourier et du fouriérisme. Quand l'apôtre a terminé, le médecin, se tournant vers ses élèves, se contente de dire : « Vous avez compris ? *Monomanie des grandeurs* ».

Le traitement appliqué aux malades atteints de cette affection était le suivant : bains de trois heures, aspersions d'eau froide sur la tête, demi-portion, barbe rasée. En vain, le condamné implore-t-il son bourreau, celui-ci reste inexorable. « Conduisez cet homme à l'admission », commande le chef de service d'un ton bref.

L'*admission*, nous reprenons le mémoire interrompu, est une cour plantée d'arbres, précédée d'une forte muraille et terminée par une grille solide, élevée. A droite et à gauche sont des loges, destinées chacune à une seule personne. Quatre pavillons, dont deux sont occupés par les malades, symétrient cette habitation. Chacun des deux pavillons contient six lits : trois au rez-de-chaussée, trois au premier et unique étage, communiquant par un escalier rapide et étroit.

En entrant dans la cour, je la trouvai peuplée de presque tous ses habitants, livrés à ces habitudes qui pénètrent d'une si profonde mélancolie les personnes qui ne font que visiter, même un instant, les infortunés devant former dès lors mon unique société. Le lit n° 1 me fut assigné. Le n° 2 était dans la cour. Le n° 3 gisait lié dans son lit, s'étant la veille grièvement blessé à la tête et aux genoux, dans un accès de frénésie. Je sortis, je m'aventurai avec précaution dans un coin et, immobile, je m'exposai aux douces influences du soleil ; il faisait un temps magnifique ; peu d'instants après, plusieurs visiteurs, précédés et suivis des infirmiers, accompagnés des agents de surveillance, vinrent visiter l'établissement. J'avais tracé quelques mots à la hâte, espérant donner de mes nouvelles à un de mes amis. Je m'avançai mystérieusement vers l'un des visiteurs, pour le charger de ma commission ; mais malgré mes signes, il s'éloigna épouvanté. Il était inutile et imprudent d'insister ; je fus attendre avec résignation le moment que je redoutais le plus, le coucher. Il arriva. Les infirmiers me rassurèrent un peu, en me disant que, la nuit, il était rare qu'il y eut autre chose que du bruit ; en effet, les gémissements, les rugissements, les convulsions me tinrent en émoi pendant de longues heures. Il y avait peu de temps que je m'étais assoupi, lorsque la cloche et les tiraillements du garde de nuit m'arrachèrent à mon engourdissement ; le médecin devait paraitre ; il m'avait promis de lire entièrement mes œuvres ; j'avais préparé mille argumentations qui, développées avec chaleur et dignité, devaient nécessairement, selon moi, triompher de ses préventions.

Le médecin avait lu effectivement les élucubrations de son pensionnaire et ce fut tant pis pour le malheureux. Une discussion des plus vives s'engageait entre eux, et, comme on peut le prévoir, le dernier mot restait à la science. Le docteur, en présence de l'état d'exaltation de son malade, ordonnait qu'on lui retirât le papier, l'encre et les plumes et, par aggravation de peine, la pipe et le tabac! Comme traitement, on infligeait à l'apôtre force lavements...à l'assa-fœti-da, la bête noire de l'ex-pharmacien !

C'était à rendre fou qui ne l'était qu'à demi. Des amis s'émurent, s'interposèrent et l'ordre d'élargissement arriva.

Cette rude épreuve, loin de guérir l'apôtre, stimula son zèle : il s'empressa de recommencer ses pélérinages et ses prédications.

Journet, s'étant mis en tête de convertir la société tout entière, débute par les plus élevés dans la hiérarchie sociale : il assiège les antichambres des ministres, des princes, des députés ; après les grands financiers vient le tour des romanciers et des poètes.

Il rend visite ou écrit à Victor Hugo, à Lamartine, à Lamennais, mais les rois de l'intelligence ne sont pas mieux disposés en faveur du fouriérisme et de son porte-parole, que les rois de la politique ou des cercles. Si Casimir Delavigne tremble devant ses objurgations, George Sand et Chateaubriand lui opposent le calme de leur superbe. Seul, de tous les littérateurs, Alexandre Dumas, brave cœur, prend l'engagement de servir à Journet une pension de 1.200 francs ; c'était le Pactole qui roulait ses paillettes d'or aux pieds de l'apôtre, mais l'auteur de *Monte-Cristo* avait le geste prompt et le gousset vide ; Jean Journet ne fut pas longtemps à le constater.

En 1848, il crut enfin son heure venue : ne prêchait-on pas partout la fraternité et la charité universelles ?

Un soir de cette année mémorable, il y avait représentation extraordinaire au Théâtre-Français : on jouait du Molière. Au moment d'une scène très pathétique, l'attention des spectateurs fut tout-à-coup détournée par un homme de haute stature qui, du balcon, laissait tomber dans les loges, sur le parterre, sur l'orchestre, une grêle de papiers.

Des protestations, des cris s'élèvent de toutes parts : *A la porte, l'intrus* ! La grêle n'en tombait que plus fort. Journet, car c'était lui, sortit des brochures de toutes ses poches et quand celles-ci furent vidées, il puisa dans un sac, puis dans un autre : c'était un déluge ! Il en tirait de son chapeau, il en tirait de ses bottes ; on en était submergé! L'arrivée de la garde mit fin à la manifestation. L'apôtre fut incontinent arrêté, copieusement sermonné et, finalement, relâché. Quelques mois plus tard, il récidivait au club Blanqui, puis au Congrès de la Paix.

A la première séance de ce Congrès, le 24 août 1849, Victor Hugo venait de terminer un magnifique discours, quand un homme se lève, demandant la parole pour une communication d'importance. C'est l'apôtre, qui déclare qu'il ne suffit pas de bien parler, qu'il convient surtout d'agir. Les étrangers, qui composent une partie notable de l'auditoire, applaudissent à tout rompre l'orateur au verbe inspiré, à l'enthousiasme communicatif, qui paraphrase le mot du Christ : *Paix aux hommes de bonne volonté* !

Bientôt des murmures se font entendre ; Journet, au milieu des interruptions et des rires, doit abandonner la tribune et quitter l'assemblée, pour aller prêcher en d'autres lieux. « On le retrouve partout, écrit Victor Fournel, s'introduisant dans les soirées, dans les banquets, pénétrant parfois au lit des mourants, formant des *sous-apôtres*, pour l'aider dans la propagation de la doctrine...

Ce fut une de ses erreurs. Il avait espéré faire des prosélytes, ou plutôt des lieutenants zélés, capables au besoin de remplacer le chef ; mais il leur manquait, à la plupart, la foi et il la fallait robuste pour quitter Paris, avec sur le dos, un ballot de livres fouriéristes plein un sac, et pour árpenter la France à pied, s'exposant à passer la nuit sous le ciel étoilé pour ciel de lit, la besace vide et le ventre creux.

Jean Journet s'accommodait de cette vie vagabonde et aventureuse, mais ses disciples avaient moins d'endurance.

Survient le 2 décembre. L'apôtre, qui se fait vieux, déserte son champ d'action, il disparaît pendant quelque temps, ou, du moins, l'on perd sa trace. On le retrouve, quatre ans plus tard, dans les bureaux d'un recueil périodique qui venait de se fonder.

Traversant l'antichambre, qu'il avait trouvée vide, Journet avait pénétré tout droit jusqu'au cabinet du rédacteur en chef. Il tenait à la main un paquet de brochures.

— Messieurs, dit-il sans autre préambule, je suis Jean Journet ; je viens vous demander aide fraternelle, en vous priant d'acheter mes brochures; il y en a pour 2 francs cinquante, ce n'est pas ruineux.

— Je ne puis rien faire en l'absence de mon associé. Revenez...

— Comment! monsieur, il est nécessaire que votre associé vous assiste pour un don aussi important ! Mais votre garcon de bureau n'aurait pas hésité à me donner la petite somme que je réclame de votre générosité, si je la lui avais demandée.

— Eh bien, réplique le rédacteur, piqué au vif, il hésitera encore moins à vous mettre à la porte.

A peine ces paroles dites, le malheureux était poussé dehors par une main vigoureuse, malgré ses cris de protestation et ses menaces.

En 1858, Journet, que des mécomptes multipliés ne parvenaient pas à décourager, lançait une publication nouvelle, les *Sept Clameurs du désert ou le socialisme démasqué*, portant l'adresse de l'auteur, rue Serpente, 21.

Le *prix distributif* (sic) de cette brochure était : pour les riches, 2 francs et plus ; pour les aisés, 1 franc ; pour les gênés, 50 centimes ; peu après, on l'avait pour 10 centimes sur les parapets des quais.

C'était un pamphlet des plus violents, à l'adresse des principaux courtisans du peuple souverain. Pierrre Leroux y était traité de « vieux « blagueur » ; Victor Considérant, de « fléau de l'espèce humaine, roi du machiavélisme, augure cacochyme, souteneur de Proserpine, *omniarque de rebut* », nous en passons et des pires. Cantagrel n'est qu'un « vendeur de vulnéraire, oracle de collège, demi-dieu de bricole, banquiste usé et *criquet rétif du char de l'avenir* ». Proudhon est comparé à un « Achille de Lilliput, général Tom Pouce qui tranche du Goliath, franc prestidigitateur, qui fait la mouche du coche, allant de droite et de gauche, sans synthèse et sans moteur ».

Peut-être ces invectives n'étaient-elles pas tout à fait désintéressées : la jalousie pouvait bien avoir sa part dans leur inspiration : Leroux, avec sa *Triade* et son *Circulus*; Proudhon, avec ses doctrines économiques; Cabet, avec son *Icarie*, avaient réussi à se faire entendre, étouffant la voix de Journet, qui ne soulevait sur son passage que l'indifférence ou la pitié !

Ce fut pour l'apôtre le coup de grâce ; il prit sa retraite dans le Midi et il mourait, obscurément, à Toulon, le 1er novembre 1861 ; il avait 62 ans.

Le Danger des Purgatifs salins

Nous recevons de notre excellent confrère, M. le Dr A. Hervé (de Dinard-Saint-Enogat), la très intéressante observation suivante :

« Le 21 février 1913, à 6 heures du matin, M. M... absorbe dans une tisane environ 40 grammes de SO^4Na^2.

« A 8 heures, sensation de pesanteur gastrique avec lipothymie qui s'accroît progressivement dans le cours de la journée, s'accompagnant de dyspnée, de palpitations cardiaques avec légères syncopes.

« Dans la journée, 3 selles semi liquides insignifiantes ; pas d'éructation.

« Appelé à 8 heures du soir, je constate une pâleur manifeste de la face, un pouls petit à 100, 120, une voussure épigastrique assez considérable.

« La percussion révèle une sonorité gastrique ininterrompue dans la région ombilicale et l'hypocondre gauche et dans l'hémithorax gauche, jusqu'au niveau d'une ligne horizontale passant par le mamelon.

« A l'auscultation, diminution considérable du murmure vésiculaire dans toute la base gauche (le poumon doit être comprimé en une lame mince entre le diaphragme et la paroi thoracique), les bruits du cœur sont réguliers mais peu intenses, sans toutefois être assourdis.

« Peu de gargouillements et de succussion hippocratique.

« Il s'agit donc d'une dilatation gazeuse aiguë de l'estomac, à laquelle le résultat thérapeutique semble révéler pour cause anatomique un spasme des orifices.

« Après quelques cuillerées à café de :

Sirop d'ipéca...... 90 gr.
Ipéca pulv........ 1 gr.

quelques vomissements de moyenne abondance avec éructations considérables provoquent un soulagement immédiat.

« Ventouses nombreuses sur le poumon. Thé, grogs légers.

« Le lendemain matin, respiration facile. P. 90, 2 selles de quantité moyenne semi-liquides.

« Le lendemain, plus rien ».

Cette fort intéressante observation justifie une fois de plus les remarques faites par de nombreux cliniciens, en particulier celles des Drs Chassevant, Burlureaux, etc. sur le danger de certains purgatifs.

Assurément, tous les malades ne présentent pas une même susceptibilité. Il n'en est pas moins exact que beaucoup doivent à l'abus ou même à l'usage accidentel des purgatifs les plus communément utilisés d'éprouver à l'occasion des symptômes plus ou moins fâcheux.

Mais, comment éviter ceux-ci, quand il est nécessaire de combattre les phénomènes de stase intestinale. Le jubol, qui assure la rééducation de l'intestin par son action mécanique combinée à une action opothérapique déterminée par les extraits biliaires et les extraits complets de toutes les glandes intestinales qu'il renferme, en donne le moyen absolument efficace et absolument inoffensif. On ne saurait donc trop recommander son emploi.

AVIS IMPORTANT

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la Gazette Médicale de Paris, *sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs d'articles inédits qu'elle aura publiés, mettra désormais à leur disposition un tirage à part de 50 exemplaires.*

ENSEIGNEMENTS DE LA GUERRE DE THRACE

Des Blessures de Guerre

Par M. le Professeur DELORME
Médecin inspecteur de l'armée

La campagne de Thrace a donné lieu, au début comme toutes les guerres européennes, à des appréciations erronées ou fantaisistes au sujet des blessures observées, à la légende généralisée de la très grande simplicité des lésions produites par les balles, à celle de l'emploi de balles dum-dum, alors qu'il ne s'agissait que de dégâts dûs à des balles tirées à courtes distances, à celle de la gravité excessive et inacceptable des blessures des obus (Constantinople). Il est curieux de constater que le cri de réprobation n'ait pas été arrêté par ceux qui ne pouvaient ignorer que l'artillerie de leur armée était dotée de près de moitié d'obus explosifs.

La baïonnette bulgare, couteau à lame courte et large a été employée dans chaque bataille, surtout dans les attaques de nuit. Indépendamment de ses effets moraux démoralisants, ses effets matériels ont été terribles. La proportion de ses blessures estimée par certains à 1/10 semble exagérée.

Il n'a pas été question de blessures produites par les armes blanches de la cavalerie.

La vue de convois de petits blessés à proximité du champ de bataille, la proportion élevée de ces évacués dans les hôpitaux de l'arrière ont fait admettre par les correspondants militaires comme par beaucoup de chirurgiens que les blessures produites par les balles étaient uniformément bénignes au cours de cette campagne.

C'est là une erreur. Les balles des fusils actuels ne peuvent pas produire, abstraction faite de la région traversée, des lésions uniformément légères. Celles-ci sont simples, bénignes, sévères ou très graves, pour le même projectile, dans les mêmes batailles ; c'est affaire de vitesse ou si l'on veut de portée.

D'une façon générale, la donnée a depuis longtemps été établie par l'expérimentation, elles sont d'autant plus sévères que la portée est plus faible, que la vitesse est plus grande. C'est le contraire qu'on a affirmé à l'Académie.

Aux *courtes distances*, on observe des *effets explosifs* ; aux *distances moyennes*, des *blessures graves* surtout quand les os longs sont atteints dans leurs diaphyses ; aux *distances éloignées* correspondent les *blessures légères*.

Dans la campagne de Thrace, d'après les dires de témoins, le tir n'a jamais été qu'individuel et peu employé à grande distance ; il a été le plus souvent effectué à des distances moyennes ou courtes du côté des bulgares. Ceux-ci ont donc infligé le plus souvent à leurs adversaires des blessures sérieuses, graves et même très graves.

Au début, les Turcs ont abusé du tir à grande distance, leur tir était imprécis les munitions ont souvent manqué quand il eût pu devenir dangereux. Les troupes bulgares ont donc bénéficié maintes fois de ces conditions comme ils ont bénéficié d'une façon plus générale de l'action vulnérante moindre de la balle S turque, liée à son plus faible poids, à sa forme surtout, à son extrémité pointue qui lui fait traverser les tissus plutôt par le mécanisme de la ponction que par celui de l'emporte-pièce, de l'abrasion. Quand l'armée turque s'est ressaisie, ses tirs se sont effectués aux distances moyennes surtout. Sa balle a donné lieu à des lésions de gravité moyenne.

La balle turque (balle S allemande) a produit des lésions moindres que la balle bulgare. Ses orifices sont plus restreints, ses trajets de dimensions diamétrales plus circonscrites ; les perforations qu'elle laisse dans les épiphyses sont plus nettes, les pénétrations du crâne, de la poitrine, de l'abdomen peut-être moins sévères. Les perforations des grandes diaphyses des os, lésions des plus préoccupantes pour le chirurgien d'armée sont moins comminutives ; en général, les foyers d'esquilles libres plus circonscrits, les fissures moins larges. L'ébranlement est nul ou très faible, même à courte distance.

Les effets explosifs s'observent jusqu'à 350 mètres de portée au lieu de 450.

L'instabilité de cette balle sur sa trajectoire l'amène souvent à atteindre le corps non plus par sa pointe mais obliquement ou de travers. Les orifices et les trajets sont alors agrandis, les lésions osseuses moins graves, mais l'infection de la plaie, surtout par les vêtements, moins rare. Il en est de même quand les parties du corps sont atteintes par des balles ricochées ; or, celles-ci sont dites utilisables dans la proportion du tiers ou du quart.

Aux distances grandes et même moyennes, la balle se déforme rarement, mais dans les les tirs à courte distance, non seulement elle se déforme mais elle se fragmente. A des gens non avertis, ces fragmentations peuvent faire croire à des fragmentations de balles explosives.

Certaines conditions de tir, lors de l'attaque, de positions escarpées, ont favorisé la production de plaies en enfilade très étendues, l'abri que le fantassin recherche derrière une fortification passagère de campagne pendant le tir, protège le corps, mais la tête et les membres supérieurs restent vulnérables, de là la grande proportion de leurs blessures. Le fait avait déjà été observé pendant la campagne de Mandchourie. Les fractures produites par les projectiles qui atteignent les os dans le sens de leur longueur sont plus sévères que celles déterminées par un projectile qui suit la trajectoire habituelle.

Au début de cette campagne, on a exagéré la gravité des blessures par éclat d'obus.

Certains les ont considérés comme épouvantables et se traduisant par d'énormes destructions ; on en a aussi exagéré le nombre. Etant donné l'extrême divisibilité de leur masse vulnérantes, les *obus à balles*, ou schrapnels, engins normaux de l'artillerie de campagne, n'ont plus que des éléments actifs réduits à la quantité de métal juste nécessaire pour mettre un homme hors de combat. Ces éléments étaient des balles rondes de 12 grammes pour l'obus bulgare et de 9 grammes pour l'obus à balles turc. Ces balles moins pénétrantes que celles des fusils, en raison de leur forme et de leur moindre vitesse, ont produit des lésions différentes ; des orifices et des trajets un peu plus larges mais moins profonds, souvent compliqués par la présence du corps vulnérant, souvent aussi compliqués par des fragments de vêtements ; des fractures à types plus simples, moins comminutifs, mais plus exposés à la suppuration. Les blessures des organes centraux étaient peut-être, par contre, plus sérieuses. Pas d'effets explosifs.

En raison de la nature *du tir* de ces obus, les *blessures de la tête* sont fréquentes. Les Bulgares, dans les tranchées, entendant le bruit produit par l'éclatement de l'obus, se protégeaient la tête avec leur pelle. Par ailleurs, les Serbes le faisaient avec une couche faible de terre détachée de l'épaulement, ce qui témoigne de la force vive atténuée de ces balles dont on a fait un épouvantail.

Les *obus explosifs* furent employés fréquemment par les deux adversaires contre une infanterie et une artillerie abritées dans les bois où les balles des obus sont inefficaces, ou derrière de forts retranchements. Parfois, ils ont été utilisés, comme à Tchataldja contre un adversaire impétueux pris de flanc, pour décider du sort de la lutte. Les éclats de ces obus d'acier chargés de mélinite ou d'explosif analogue sont lamelleux, tranchants, irréguliers. A courte distance de leur point d'éclatement contre le sol, ils ont produit des plaies déchirées plus ou moins étendues, saignantes, vastes, de grands déchirements lorsque ce sont les gros éclats qui ont atteint le corps. Les éclats plus petits ont laissé des plaies plus petites, compliquées le plus souvent du projectile mal toléré.

On estime qu'à 20 mètres du point d'éclatement, les fragments moyens et petits ne sont guère nocifs, mais à une distance très rapprochée, un fragment pesant 15 centigrammes peut mettre un homme hors de combat.

Tels sont les enseignements de cette campagne au point de vue des blessures. Ils confirment ceux des précédentes guerres, en ajoutant un élément de plus, l'étude de la balle ogivale à extrémité pointue dont les armées européennes seront bientôt pourvues et celle des éclats des obus explosifs.

* * *

On avait admis que l'étendue des pertes subies par les armées avaient été, depuis le commencement du siècle dernier, décroissantes par rapport aux effectifs engagés. La guerre de Bulgarie comme la guerre de Mandchourie fait exception à la règle. A Lulle Burgas, les Bulgares ont perdu 25.000 hommes tant tués que blessés, les Turcs, d'après eux, auraient perdu 40.000 hommes. A Tchataldja, les Bulgares auraient eu 10.000 tués et blessés ; au centre de ses lignes, sur 7.000 combattants d'une division, il n'en serait plus resté que 700. 80 0/0, dit-on, des blessés de l'arrière ont pu reprendre leur place à l'avant, mais on ne nous dit pas la proportion des blessés morts sur les champs de bataille ou sur les lignes d'étapes ; la proportion en aurait été considérable surtout sur le champ de bataille, effrayante même du côté turc. Elle doit singulièrement atténuer l'impression trop répandue et inexacte de la bénignité générale des blessures produites par les balles.

Petite Enquête chirurgicale (1)

(Suite)

A qui doit appartenir une balle reçue par un blessé? Au chirurgien qui l'a extraite, ou au blessé qui l'a reçue? Tel est l'objet de l'enquête toute d'actualité poursuivie actuellement par *la Gazette médicale de Paris* auprès de ses lecteurs.

XIX

Un de nos confrères de l'armée coloniale qui, en raison de sa situation, désire demeurer anonyme, nous a fait tenir la très intéressante réponse suivante, où il enregistre la façon de penser des indigènes annamites en ce qui concerne le cas soulevé.

Cher Confrère,

...Comme beaucoup, j'ai eu pas mal de projectiles à extraire pendant ma carrière active, notamment en Nouvelle-Calédonie, chez des libérés, des forçats, plus encore chez des soldats, au cours de l'insurrection cambodgienne de 1885, presque tous étant des Annamites.

J'ai toujours laissé les balles aux mains des blessés. C'est vous dire mon opinion sous ce rapport. Je n'en avais gardé une fois qu'une, doublement précieuse pour moi autant que curieuse. En plomb martelé, elle m'avait été donnée par un tirailleur indigène, tombé près de moi, avec quelques autres, un jour que nous avions été proprement fusillés dans une embuscade. Comme j'avais emporté le blessé la jambe brisée (sur mon dos), pendant plusieurs centaines de mètres avant de pouvoir le panser en sécurité, il m'avait fait don du projectile extrait de sa jambe, en reconnaissance, disant que, d'ailleurs, « il me revenait, qu'il m'était destiné ». Ce qui était peut-être exact, attendu que les braves gens m'avaient fait un rempart de leur corps, au moment critique. Malheureusement, je dus me séparer de cette relique, quelques jours plus tard, dans des conditions également assez curieuses, pour que je les rapporte ici. On venait de m'amener à l'ambulance de Cb... deux autres tirailleurs blessés, tous deux également et latéralement percés de part en part, l'un au niveau des épaules (plaie sans pénétration), l'autre au niveau des cuisses. Chez ce dernier, les deux cuisses, les bourses avaient été traversées. Rien d'autre à faire qu'un pansement. Or, cela ne faisait pas l'affaire du blessé, qui gémissait, se disant perdu, parce qu'il avait une balle dans le corps ! Connaissant leurs manies, sous ce rapport, je retournais le patient complètement sur le ventre et, faisant quelques simulacres d'extraction, je lui montrais la balle extraite quelques jours auparavant de la jambe de son camarade. Mais j'avais compté sans mon hôte et il fallut absolument que je lui abandonne le précieux projectile qui était sien, croyait-il, de très bonne foi certainement. Comment refuser ? L'effet moral de cette possession fut d'ailleurs tel que, le lendemain, quand j'arrivai au camp annamite, à la case des blessés et que je demandai mon bomme, ses camarades me regardèrent tout étonnés : « Mais lui guéri, dirent-ils, *on quan-aï* (Monsieur deux galons), *di-thoi*, il se promène, il est parti promener... Et c'était vrai. Comme ils disent souvent : « Balle partie, soldat guéri. » « Balle restée, soldat *thiet* ! » (mort). X...

XX

M. le Dr Senebier, de Mens (Isère), nous exprime son avis dans un court billet :

Mon cher Confrère,

Vous demandez à vos lecteurs des réponses courtes et précises. Voici la mienne ! Ainsi que notre éminent maître M. Just Lucas-Championnière, j'ai fait la campagne de 1870-71. Eh bien ! je dis que le projectile appartient au blessé qui l'a reçu.

Salut et confraternité. SENEBIER.

XXI

M. le Dr V. Bovet, de Montbey (Suisse), nous a adressé son opinion autorisée d'ancien médecin de l'armée bulgare durant le conflit serbo-bulgare de 1885.

Monsieur le Directeur,

A propos de votre enquête chirurgicale, je saisis la balle au bond.

C'est encore des Balkans qu'il s'agit. Attaché à l'armée bulgare comme médecin lors du conflit serbo-bulgare de 1885, j'eus l'occasion d'extraire des balles *serbes* sur des *Bulgares* (que les temps sont changés !). Quelqu'intense que fût parfois mon désir de garder un projectile présentant une particularité intéressante, je n'ai jamais hésité à le restituer à celui que j'estimais en être le légitime propriétaire ; plusieurs de ces blessés — de bons bougres ceux-là, — voyant l'intérêt que m'inspirait l'objet en question, se firent un plaisir de me l'offrir. Si, d'une part, la propriété d'une pièce anatomique, d'un beau néoplasme, qui ne présente aucun intérêt réel pour un profane, me semble acquise au chirurgien, j'estime qu'il en est autrement d'une balle. Pour celui qui l'a reçu de l'ennemi (par devant s'entend), ce témoin du devoir accompli est un souvenir précieux dont on ne saurait le priver sans son consentement.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Dr V. BOVET,
Ancien médecin en chef
des troupes des fortifications
de Saint-Maurice.

(1) Voir la *Gazette médicale de Paris*, nº 193, du 9 avril 1913, p. 112; nº 194, du 16 avril, p. 118; nº 195, du 23 avril, p. 128.

REVUE CLINIQUE

Taches rosées et fièvre typhoïde

Par M. E. MICHELEAU

Les relations entre la fièvre typhoïde et l'éruption de taches rosées lenticulaires qui apparaît d'ordinaire entre le cinquième et le huitième jour de son évolution ont été diversement appréciées. Sans doute, tous les auteurs s'accordent à en reconnaître l'importance symptomatique. Mais leurs avis diffèrent sur la valeur qu'elles présentent au point de vue du pronostic. Si quelques-uns, reprenant la vieille opinion d'Hippocrate, considèrent leur abondance comme un signe de bénignité (Rilliet et Barthez, Jaccoud, Potain), la plupart croient qu'elle est absolument indifférente (Chomel, Louis, Pringle, Murchison), d'autres enfin estiment que, semblable en cela à l'éruption très abondante des fièvres éruptives, elle est en relations étroites avec la gravité de la maladie (Trousseau, Chantemesse). Pour Trousseau : « L'abondance et la persistance de l'éruption coïncident avec une gravité plus grande ou, pour mieux dire, avec une durée plus longue de la maladie. Cette coïncidence entre la confluence des taches rosées et la gravité de la dothiénentérie n'a été nulle part plus évidente que lorsque l'éruption, après avoir complètement disparu, se montrait de nouveau et quelquefois à plusieurs reprises successives. »

MM. Weil et Lesieur ont, par contre, décrit une véritable forme exanthématique de la dothiénentérie : éruption lenticulaire très abondante, symptômes généraux et intestinaux atténués, pronostic bénin en seraient les caractéristiques. Cette forme a été observée à peu près exclusivement chez les enfants.

L'observation suivante nous paraît devoir en être rapprochée.

Fernand L..., vingt ans, employé de commerce, est pris brusquement, le 12 juillet au soir, après une course un peu rapide à bicyclette, d'un frisson, puis d'une fièvre, avec violent mal à la tête et courbature générale ; nuit mauvaise, agitée, à la suite de laquelle il s'administre une purgation. Fatigue et malaise persistant, il nous fait appeler le 15 juillet 1912. Jusqu'à ce moment, sa santé avait été parfaite.

Nous le trouvons couché, se plaignant surtout de fatigue, d'inappétence et de céphalée très vive ; la nuit a été mauvaise, pas de sommeil, un peu de délire. La température est élevée, 38°7, le pouls bat à 104. La langue est uniformément blanche, un peu rouge à la pointe et sur les bords. Le ventre est souple, non douloureux à la pression, il semble exister un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite ; le foie, insensible à la pression, déborde de deux travers de doigt les fausses côtes, la rate est percutable. Les urines sont rares, très colorées, un peu troubles. Il existe de la diarrhée avec quelques coliques.

Nous pensons qu'il s'agit simplement d'embarras gastrique fébrile et nous prescrivons le repos, la diète liquide, et 1 gramme de sulfate de quinine par jour. Le lendemain, l'état est sensiblement le même : purgation à l'huile de ricin le 17, et, à partir du 18, tout en maintenant le

repos et la diète, nous prescrivons par jour deux lavements de camomille et 1 gramme par jour de charbon, naphtol et sulfate de quinine associés.

On pourra se rendre compte par la lecture de la courbe thermique, combien fut bénigne l'évolution. De 38°5 le soir du 18, la température redescendit d'abord progressivement jusqu'à 36°8 le 21 et le 22, soit le huitième jour après le début de la maladie. Aussi ne fûmes-nous pas peu surpris, le 20, de constater l'apparition sur la paroi abdominale de taches rosées lenticulaires; discrètes d'abord, elles devinrent très rapidement plus nombreuses et le 21, elles étaient véritablement confluentes sur le ventre, particulièrement dans sa moitié gauche; sur la poitrine et sur le dos, on les trouvait assez rares. En même temps, la température redevenait sensiblement normale et le malade accusait une sensible amélioration.

Nous le pensions même guéri, lorsque la température remonta brusquement et de nouveau apparurent céphalée, abattement et malaise; la diarrhée, qui avait paru s'atténuer, reprit elle aussi et la température remonta brusquement pour atteindre 39°1 le soir du 24; elle ne se maintint pas à ce degré et commença à redescendre le lendemain; après quelques oscillations autour de 37°5 le soir et 36°5 le matin, elle tomba le 30 au-dessous de 37° pour s'y maintenir. L'état général suivit une amélioration parallèle; toujours persuadé que ce malade n'avait pas eu la fièvre typhoïde, je commençai à l'alimenter le 1er août, il se leva le 2, fit sa première sortie le 3 et partit le 5 pour la campagne. Nous l'avons revu à la fin du mois d'août, il était demeuré très bien portant.

Le 2 août, un peu troublé par l'éruption de taches rosées lenticulaires, nous fîmes une prise de sang et quelques frottis qui furent examinés dans le Laboratoire de M. le Professeur Sabrazès; la séro-réaction a été positive à 1/40.

Il n'est pas besoin d'insister beaucoup pour montrer combien peu classique fut l'évolution de cette fièvre typhoïde; seules les taches rosées lenticulaires et la séro-réaction de Widal peuvent être considérées comme des symptômes ordinaires de cette affection. Encore, malgré l'importance symptomatique reconnue aux taches rosées, aurions-nous hésité à accepter ce diagnostic si la séro-réaction positive chez ce malade, jusque là indemne de toute infection typhique, ne nous l'avait véritablement imposé.

En effet, début brusque, très brusque, par un frisson, sans cette période prémonitoire de langueur et de malaise si caractéristique, élévation rapide de la température qui atteint tout près de 39° le soir du troisième jour, chute de cette température le huitième jour en même temps que se développent les taches rosées, reprise le douzième jour, défervescence définitive le dix-huitième jour, et, dès ce moment, guérison ou tout au moins convalescence. La diarrhée, le gargouillement léger de la fosse iliaque droite, le gonflement du foie et de la rate pouvaient aussi bien et mieux encore avec les autres symptômes s'expliquer par de l'embarras gastrique. Mais, depuis l'emploi du séro-diagnostic, on sait combien s'est démembré le groupe des embarras gastriques.

De plus, l'évolution fut particulièrement bénigne. Sans doute, depuis quelques années, nous observons, à Bordeaux tout au moins, des fièvres typhoïdes dont l'allure est ordinairement bénigne. Mais, dans notre cas particulier, on reconnaîtra qu'elle le fut d'une façon exagérée, si l'on peut dire, et nous ne pensons pas que la lecture de la courbe thermique inspire à quiconque le diagnostic de dothiénentérie.

Sommes-nous autorisé à établir un lien entre la confluence des taches rosées et la bénignité particulière de la maladie? Il semble bien que oui pour cette observation; mais, malgré la grande autorité de MM. les professeurs Weil et Lesieur, nous hésiterions à le faire d'une façon absolue. Le tableau qu'ils ont tracé de la fièvre typhoïde exanthématique s'observerait à peu près exclusivement chez l'enfant. Or, d'une façon générale, la fièvre typhoïde est moins grave chez l'enfant que chez l'adulte; et l'on sait aussi avec quelle facilité l'enfant fait des éruptions cutanés. Il est en outre un élément extrêmement important avec lequel il faut surtout compter, à notre avis, pour apprécier exactement le pronostic et aussi, dans une certaine mesure, la symptomatologie de la fièvre typhoïde : c'est ce que les anciens observateurs appelaient du terme un peu vague de « génie épidémique ».

Il nous paraît incontestable que ce facteur un peu mystérieux est le plus important : nous disions tout à l'heure que, depuis quelques années, les fièvres typhoïdes que nous observons à Bordeaux étaient plutôt bénignes; nous n'avons pas remarqué cependant, sauf pour celle qui fait l'objet de cette observation, que l'éruption lenticulaire y fût particulièrement abondante. En revanche, nous avons gardé le souvenir de fièvres typhoïdes que nous observâmes en 1897-1898, étant interne de M. le Professeur Arnozan, et qui, toutes ou presque toutes, se terminèrent par la mort des malades.

Les observations de MM. Weil et Lesieur semblent, elles aussi, ne pas échapper à ce « génie épidémique ». Dans la très intéressante thèse que, sous leur direction, notre ami le Dr Bollin a consacrée à l'étude de la forme exanthématique de la dothiénentérie (Thèse de doctorat, Lyon 1890) il fait remarquer lui-même que, dans sa statistique qui porte sur dix années 1880 à 1890, non seulement le nombre des fièvres typhoïdes varie suivant les années, mais que la proportionnalité des cas à forme exanthématique est variable elle aussi chaque année : c'est pendant l'année 1890 que ces cas furent relativement le plus nombreux.

Il nous a paru intéressant de rapporter l'observation ci-dessus et à cause de son évolution particulière et à cause de l'abondance de l'éruption qui en fait véritablement une forme exanthématique. Mais, pour en conclure que l'abondance des taches lenticulaires est un facteur absolu de bénignité, nous ne pensons pas devoir le faire; nous croyons plutôt que, d'une façon générale, la gravité ou la bénignité de la dothiénentérie sont en relation surtout avec ces conditions un peu vagues et indéterminées, « circumfusa » ou autres, qui en constituent le génie épidémique.

Et cela nous paraît tellement vrai qu'on peut le vérifier même au seul point de vue de la symptomatologie. Si nous comparons ce que nous sommes accoutumés d'observer dans l'éruption lenticulaire de la fièvre typhoïde avec les descriptions qu'en ont laissées les anciens auteurs, Grisolles et Trousseau par exemple, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que les fièvres typhoïdes de leur époque devaient présenter des éruptions beaucoup plus abondantes et beaucoup plus accusées que celles d'aujourd'hui. Différence de génie épidémique, sans doute, comme différence aussi, momentanée tout au moins et peut-être simplement locale, dans la gravité actuelle de l'évolution et du pronostic (1).

Suppositoires mercuriels et Syphilis

Dans le traitement de la syphilis, M. le Dr R. Sabourand, chef du laboratoire de la Ville de Paris, à l'hôpital St-Louis, recommande l'usage des suppositoires mercuriels formulés comme suit :

(1) Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux.

Mercure vif	0.03 cent.
Eteindre dans : lanoline	0.05 —
— vaseline........	0.05 —
et incorporer à : beurre de cacao..	4 gr.

pour un suppositoire. F. s. a. 20 semblables.

Un chaque soir, vingt jours par mois.

Ou, plus simplement :

Onguent hydrargyrique	0.06 cent.
Beurre de cacao.............	4 gr.

Ce mode de traitement, d'après M. Sabourand, présente de grands avantages. Non seulement il est très actif, malgré la petite quantité de mercure absorbé, mais il ne détermine jamais de gingivite mercurielle, même chez les sujets possédant une mauvaise dentition. De plus, il a l'avantage très précieux en pratique d'être particulièrement discret et d'être aussi facile à suivre partout, ce qui le rend tout à fait précieux pour les malades obligés de voyager et que leur médecin ne peut par suite surveiller que par intervalles.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Les Hémorragies utérines et l'opothérapie ovarienne et mammaire

Récemment, MM. Forgues et Massabuan émettaient l'avis que les métrorragies de la ménopause sont d'origine ovarienne.

Le fait que l'opothérapie ovarienne est susceptible de rappeler l'hémorragie menstruelle physiologique vient, on ne saurait le contester, à l'appui de cette façon de voir et tend à établir l'opinion que l'ovaire sécrète normalement des substances congestionnantes pour l'utérus.

En ces conditions, on expliquerait assez aisément certaines hémorragies internes par un hyperfonctionnement de la glande ovarienne et, c'est vraisemblablement comme antagoniste du fonctionnement ovarien que l'extrait mammaire se montre efficace pour combattre ces hémorragies particulières.

Certains faits anatomiques paraissent confirmer cette interprétation physiologique. On sait, en effet, qu'à côté des cas où les ovaires sont gros et bosselés par des kystes, il en est d'autres où le microscope, alors que la glande paraît normale, révèle cependant qu'elle est atteinte des lésions essentielles de la dégénérescence microkystique.

Mais, dans ces cas, cette dégénérescence s'accompagne d'une hyperproduction de cellules interstitielles, c'est-à-dire qu'il y a hypertrophie de la glande à sécrétion interne.

Or, cette hypertrophie particulière, se constate régulièrement dans les ovaires des femmes atteintes de fibromes utérins, de placentomes, d'utérus hémorragiques, etc., ovaires qui, cependant, ne présentent pas l'aspect extérieur de la dégénérescence polikystique.

Ce n'est donc pas sans raison que l'on établit un rapport entre cette dégénérescence particulière de la glande ovarienne et les métrorragies.

Si l'on rapproche cette opinion de MM. Forgues et Massabuan de celle émise naguère par Batuand, Pochon, Lüncz, etc., qui estiment que l'opothérapie mammaire doit ses effets utiles à la répression de l'activité ovarienne, la mamelle et l'ovaire manifestant, par l'alternance de leurs fonctions, un antagonisme et, en quelque sorte, une incompatibilité physiologique, on conçoit sans peine comment la fandorine qui associe l'opothérapie ovarienne à l'opothérapie mammaire et à un des meilleurs analgésiques de l'utérus, l'anémone, se trouve exercer un effet sédatif si remarquable sur les douleurs ovariennes tout en combattant avec succès les hémorragies utérines et celles déterminées par les fibromes utérins.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Mort du fœtus par torsion exagérée du cordon

Par MM. les Docteurs ANDÉRODIAS et BRANDEIS

Il est quelquefois très difficile d'expliquer d'une façon satisfaisante la mort du fœtus *in utero* et, après l'expulsion de l'œuf, c'est-à-dire quand on a toutes pièces en mains, ce n'est souvent qu'après des recherches très attentives qu'on trouve des lésions anatomiques capables de donner la clef de cette mort. Si, ce qui arrive quelquefois, elles passent inaperçues, on se rabat sur une intoxication ou sur une infection ignorées et notamment sur la syphilis, alors que celle-ci n'est nullement en cause.

Un fait que nous avons pu observer chez une de nos clientes, il y a quelques mois, vient à l'appui de nos dires ; le voici résumé :

OBSERVATION. — Mme B..., 1-pare, vingt-neuans, a eu ses dernières règles du 15 au 20 novembre 1911. Elle devait donc être à terme vers la fin du mois d'août dernier.

La grossesse avait évolué dans d'excellentes conditions, avec quelques rares malaises, tels que des vomissements très espacés dans les premiers mois.

Les mouvements actifs du fœtus avaient été perçus dans les premiers jours du mois de mai et tout faisait présager une bonne terminaison de la grossesse et probablement un bon accouchement, car le fœtus avait déjà la tête en bas et le bassin était normal, lorsque, vers le 15 ou le 16 juin, c'est-à-dire un peu avant le septième mois, après des mouvements désordonnés, le fœtus cessa de remuer.

Mme B..., quoique fort inquiète, ne me fit prévenir que le 22, c'est-à-dire six jours après, et seulement parce qu'elle avait quelques légères coliques et surtout parce que les membranes venaient de se rompre. Quand je l'examinai, je trouvai en effet un commencement de travail : le col était en voie d'effacement, les membranes étaient rompues ; mais les douleurs, très légères, étaient très espacées ; la tête était dans l'excavation. Impossible de percevoir les bruits du cœur du fœtus, non plus que les mouvements actifs.

Les douleurs se calmèrent pendant quelques heures et ce ne fut que le lendemain 23 juin qu'elles reprirent et aboutirent à l'expulsion du fœtus, à six heures du soir. Il était macéré et sa mort remontait évidemment à six ou sept jours. La délivrance se fit normalement au bout de trois quarts d'heure.

Suites de couches normales.

Restait à trouver la cause de la mort du fœtus. Un interrogatoire un peu serré et fait séparément du mari et de la femme ne me permettait de trouver aucune cause à cette mort. Pas de syphilis. Le mari avait eu seulement quelques années auparavant un écoulement blennorragique qui avait duré deux ou trois mois et avait disparu complètement.

Ne trouvant donc rien dans les antécédents, je cherchai du côté du fœtus et de ses annexes.

Le fœtus, qui n'a pas été pesé, était plutôt de petit volume et paraissait normalement constitué. Il présentait les lésions habituelles de la macération. Le placenta n'était pas volumineux, et quoique n'ayant pas été pesé lui non plus, il n'y avait certainement pas de disproportion entre son poids et celui du fœtus, ce qui contribuait évidemment à écarter de plus en plus la syphilis.

Mon attention fut alors attirée sur le cordon ; il avait une longueur de 40 centimètres environ et pouvait être, au point de vue de la grosseur, divisé en deux portions bien distinctes ; une portion placentaire, plus longue et très volumineuse sur toute son étendue, atteignant des dimensions bien supérieures à celles d'un pouce d'adulte, type parfait du cordon gras, et une portion fœtale n'ayant guère que 5 à 6 centimètres de longueur, très mince et s'amincissant de plus en plus en allant vers l'ombilic, au point de n'avoir plus à ce niveau que des dimensions inférieures à celles d'une ficelle.

Mais, ce qui était particulièrement frappant, c'était la façon dont le cordon était tordu. Au niveau de la portion grasse, pas ou peu de torsion. Au niveau de l'autre portion, au contraire, la torsion était particulièrement accentuée et l'était d'autant plus qu'on s'approchait de l'ombilic. Il semblait qu'on avait fait exécuter au fœtus toute une série de mouvements de torsion et que ces mouvements de torsion, n'ayant pu se répartir sur la totalité du cordon à cause du volume trop considérable de la portion grasse, s'étaient reportés sur les 4 ou 5 centimètres de la portion exagérément resserrée et les avaient soumis à une striction très accentuée.

Il y avait là, évidemment une, particularité pouvant expliquer très simplement la mort du fœtus par arrêt de la circulation fœto-placentaire.

Il aurait été très intéressant de vérifier expérimentalement cette hypothèse au moyen d'injections poussées soit dans la veine, soit dans les artères ombilicales pour éprouver la perméabilité de ces vaisseaux ; mais il ne m'a pas été possible de faire ces recherches. J'ai dû me contenter de sectionner une portion du cordon pour la soumettre à l'examen histologique. Cette section a été faite à un centimètre et demi environ de l'ombilic, c'est-à-dire pas au point le plus rétréci ; la portion sectionnée avait deux centimètres de longueur.

Voici le résultat de l'examen microscopique, dû à l'obligeance de M. le Dr Brandeis :

« Les coupes pratiquées au point le moins tordu montrent la veine ombilicale présentant son calibre normal. Des deux artères, l'une a conservé une lumière largement ouverte, l'autre présente des parois très rapprochées limitant un canal aplati de très faible ouverture.

« Au niveau de l'étranglement provoqué par la torsion (ce n'était pas le point le plus étranglé), la veine ombilicale ne présente aucune modification dans son calibre. Par contre, les deux artères atrésiées sont fissuraires comme forme, ne rappelant nullement l'aspect de vaisseaux artériels normaux. De plus, leur lumière, partiellement occupée par un *coagulum* sanguin, évoque l'idée de vaisseaux artériels dans lesquels la circulation sanguine, ralentie ou arrêtée, prépare l'oblitération sanguine au même titre que dans une ligature expérimentale. » (1).

(1) Soc. d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux.

REVUE DE CHIRURGIE

Deux Cas d'adénomes de la partie supérieure de l'intestin grêle opérés avec succès

A part quelques rares opérations faites pour des invaginations intestinales dont la tête était constituée par un polype, on ne trouve aucune intervention pour adénome de l'intestin grêle.

Dans les deux observations qu'apporte M. le professeur Hartmann, la tumeur qui présentait tous les caractères de l'adénome végétant et qui siégeait une fois sur la deuxième portion du duodenum, une fois sur les première anse jéjunale, avait manifesté sa présence par des signes identiques à ceux d'une sténose du pylore (douleurs gastriques tardives, vomissements, stase gastrique le matin à jeun). Dans les deux cas l'ablation de la tumeur, après entérotomie, a été suivie de guérison. Le résultat, tant immédiat qu'éloigné, a été excellent dans les deux cas.

CARNET DU PRATICIEN

Traitement de l'asthme infantile

1° *Traitement de l'accès.* — Donner de l'air, ouvrir les fenêtres. Faire inhaler de l'oxygène. Application de cataplasmes sinapisés en avant et en arrière du thorax. Ventouses sèches toutes les deux heures, donner un des paquets suivants :

Poudre de Dower.... 0 gr. 01 à 0 gr. 05
Sucre de lait........ 0 gr. 25 à 0 gr. 50

pour un paquet, faire 10 pareils.

On peut donner 5 centigrammes de poudre de Dower par jour et par année. On peut aussi donner à petites doses la teinture de belladone, seule ou associée aux teintures de Grindelia, Drosera, etc.

2° *Traitement de la maladie.* — Prescrire, si possible, une cure hydro-minérale. Comme médicament donner successivement l'arsenic et l'iode, commencer par la médication iodée, puis après dix jours de traitement faire prendre :

Arséniate de soude......... 2 à 3 centig.
Eau distillée................ 100 —

à la dose d'une cuillerée à café par jour. Reprendre ensuite le traitement iodé et ainsi de suite.

Régime. — Prescrire le régime végétarien : légumes secs et verts, pâtes, soupes, fruits cuits. Boire de l'eau et éviter tous les excitants du système nerveux.

Agir vigoureusement sur la peau par des frictions et des douches tièdes.

Pyélites de la grossesse

Cette affection, en réalité assez fréquente, est surtout causée par le *bacterium coli*. On doit prescrire aux malades qui en sont atteintes le repos au lit, la diète lactée et la cure de pagéol, de quinze à vingt capsules par jour.

Ce simple traitement, qui doit être continué jusqu'à ce que les urines soient redevenues limpides, permet le plus souvent d'éviter les interventions, de règle dans les cas graves et par suite assurer la continuation de la grossesse.

Traitement général de l'érysipèle

Dans les formes de moyenne intensité, si la fièvre est élevée, administrer les antipyrétiques : quinine, antipyrine, pyramidon, aspirine (de 0 gr.50 à 1 gramme par jour).

Contre l'insomnie, employer le chloral et le véronal, si les urines ne sont pas albumineuses.

Pour prévenir les complications rénales, instituer la diète lactée (deux litres par jour) pendant toute la période fébrile et prescrire de l'Urodonal. La pratique qui consiste à purger systématiquement les malades pour améliorer l'état gastrique paraît inutile. Pour ce qui est du sérum antistreptococcique, il ne donne aucun résultat dans le traitement de l'érysipèle.

Contre le délire aigu

Uréthane..................... 1 à 2 grammes
Sirop de fleurs d'oranger.... 15 —
Eau de tilleul............... 40 —

A prendre en une fois.

ou :

Uréthane..................... 20 grammes
Eau distillée................ 100 —

Trois à quatre cuillerées à café le soir dans une tasse d'infusion de fleurs d'oranger. (HUCHARD.)

ou :

Hydrate de chloral.......... 2 grammes
Sirop de morphine.......... 20 —

A prendre en deux fois à trois minutes d'intervalle. (PAULESC.)

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 38.500 exemplaires
Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau
L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Académie de Médecine

Conformément aux conclusions d'un rapport de M. Pouchet présenté au nom de la Commission permanente des Eaux minérales, sur des demandes de création de stations hydrominérales ou climatiques, l'Académie de médecine a décidé :

1° d'émettre un avis favorable aux demandes formulées par la municipalité de La Nouvelle (Aude) en vue d'ériger cette ville en station climatique, et par la municipalité d'Amélie-les-Bains en vue d'ériger cette localité en station hydrominérale et climatique ; ;

2° D'émettre un avis favorable sous condition aux demandes formulées par les municipalités d'Odeillon-Via (Pyrénées-Orientales) et Pralognan (Savoie) en vue d'élever ces communes en stations climatiques, et par la municipalité de Lacaune (Tarn) en vue d'ériger cette commune en station hydrominérale et climatique ;

3° De repousser la demande formulée par la municipalité d'Alvignac (Lot) en vue d'ériger ce hourg en station hydrominérale et climatique.

4° De renvoyer à la municipalité de Palavas (Hérault), en lui demandant de fournir un projet d'assainissement complet, bien étudié et accompagné de tous les éléments (plans, devis, etc.), permettant d'en apprécier la valeur, la demande formulée par cette municipalité en vue d'obtenir la reconnaissance de Palavas comme station climatique.

— Conformément aux conclusions d'un rapport sur des demandes en autorisation pour des eaux minérales, présenté par M. Grimbert au nom de la Commission permanente des eaux minérales, l'Académie a décidé :

1° D'accorder les demandes d'autorisation formulées par M. Maitret pour l'exploitation de la source « Majeure » à Vaux (Allier) ; par M. Perfectino Wictez Rodriguez (représenté par M. Salice) pour l'exploitation de la source « La Maravilla », à Corlada, province de Madrid (Espagne) ; par M. Fulachier pour l'exploitation de la source « Superbe », à Evian (Haute-Savoie) ; par M. Advenier pour l'exploitation de la source « La Joconde », à Saint-Sylvestre (Puy-de-Dôme).

2° De repousser la demande d'autorisation formulée par M. Ricapet pour l'exploitation de la source « Aiglon », à Evian (Haute-Savoie).

3° De ne donner un avis favorable à la demande d'autorisation formulée par M. Grandmaison pour l'exploitation de la source « Delon », à Lardenne, commune de Toulouse (Haute-Garonne), qu'autant que les propriétés thérapeutiques de cette source auront été établies devant elle, notamment par des rapports médicaux, par des travaux chimiques, thérapeutiques ou hactériologiques, ainsi que par une pratique médicale prolongée.

4° De renvoyer au service des mines pour un supplément d'enquête technique le dossier de la demande formulée par MM. Perrut frères, pour obtenir l'autorisation d'exploiter la source « Oméga » à Vittel (Vosges).

ÉCHOS

Ecoles du service de santé militaire

Des médecins inspecteurs généraux ou médecins inspecteurs sont désignés pour procéder annuellement à l'inspection de l'Ecole de service de santé militaire et de l'Ecole d'application du service de santé militaire.

Le médecin inspecteur général ou médecin inspecteur, désigné pour inspecter l'Ecole du service de santé militaire, inspecte également l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes à Lyon.

Le médecin inspecteur général ou le médecin inspecteur désigné pour inspecter l'Ecole d'application du service de santé militaire, inspecte également l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce ; il préside, en outre, les jurys des examens de sortie des aides-majors élèves de l'école.

Le médecin inspecteur général Vaillard, président du Comité consultatif de santé, est désigné pour procéder en 1913 à l'inspection de l'Ecole du service de santé militaire.

Le médecin inspecteur général Chavasse, membre du Comité consultatif de santé, est désigné pour procéder en 1913 à l'inspection de l'Ecole d'application du service de santé militaire.

Endormi depuis deux mois

Un cas pathologique vraiment curieux fait actuellement à Cherhourg, l'objet d'observations de la part du corps médical. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans, Léon Jean, cordonnier, qui dort depuis deux mois.

Depuis le 17 février, en effet, ce jeune homme est plongé dans un sommeil cataleptique se compliquant d'insensibilité absolue. A la suite de quelles circonstances ce sujet est-il tombé en cet état ? Il a été impossible de le déterminer.

Jusqu'à ces jours derniers, on a dû l'alimenter avec du lait et des jaunes d'œufs au moyen d'un tube en caoutchouc. Puis peu à peu Léon Jean recouvra d'abord le sens de l'ouïe ; il entend depuis quelques jours et comprend ce qu'on lui dit, mais il ne peut toujours ouvrir les yeux ; il peut manger, mais aucune parole ne sort de ses lèvres. Lorsque la sœur qui le soigne lui demande d'ouvrir les yeux, les paupières du malade battent imperceptiblement, indiquant un effort pour retrouver l'usage de la vue.

Avis

M. le Dr Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, a repris ses *Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, samedi 26 avril 1913, à 10 heures 1/2 du matin*, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de l'hôpital.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Duris-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 7 Mai 1913

A nos Collaborateurs

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la *Gazette Médicale de Paris*, sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs, mettra, désormais à leur disposition un tirage à part à 50 exemplaires, de leurs articles inédits qu'elle aura publiés.

ÉCHOS

Association des médecins de la Seine

L'Association des médecins de la Seine, fondée en 1833 par Orfila, pour le soulagement des infortunes médicales, vient de tenir son assemblée générale annuelle, sous la présidence du professeur F. Guyon, membre de l'Institut.

Les recettes de l'année se sont élevées à 74.748 francs. Les secours distribués ont atteint le chiffre de 56.350 francs. Cette somme a permis de secourir 4 sociétaires, 72 veuves ou familles de sociétaires, 50 autres personnes appartenant au corps médical de Paris et du département de la Seine, et d'allouer 4 pensions viagéres, de 1.200 francs chacune, à des sociétaires âgés ou infirmes.

En remplacement du professeur F. Guyon, nommé, sur sa demande, président honoraire, l'assemblée a élu président le docteur Henri Barth, médecin de l'hôpital Necker. Ont été en outre élus : vice-présidents, les docteurs Gilbert Ballet et Paul Bazy ; secrétaire général, le docteur Lesné ; trésorier le docteur Gaston Lacaze.

La lutte contre l'opium, la cocaïne, etc.

Un décret du 9 avril interdit l'introduction et la détention dans l'Inde françaies de la cocaïne, de la morphine et de leurs dérivés. Les pharmaciens seuls pourront dorénavant être autorisés á importer et à détenir ces narcotiques.

Cette mesure vient d'être prise parce qu'on a constaté que la vente clandestine des dérivés de l'opium avait dans pris la colonie une extension déplorable. Il n'est pas sans intérêt de noter que des abus analogues existent en France et qu'une campagne est engagée en ce moment même pour obtenir leur suppression.

Made in germany

Des constatations faites à Andrinople pendant le siège, il résulte, paraît-il, que tous les instruments de chirurgie allemands étaient inutilisables pour faire des sutures. On dut employer des aiguilles des écoles françaises des assomptionnistes ; celles des hôpitaux turcs se brisaient.

Nos amis

M. le docteur Gustave Monod (de Vichy) vient d'être nommé, aprés épreuves, membre du Collége royal des médecins de Londres

Toutes nos félicitations à notre ami qui. le premier parmi les médecins français, se trouve recevoir ce titre envié.

Une enquête sur la paralysie spinale infantile

La Société de pédiâtrie de Munich a pris l'initiative de cette enquête qui doit porter sur les nombreux cas de paralysie spinale infantile, au cours de ces derniers temps.

Le Langage médical des Humbles [1]

Piorry aimait à insister sur l'inconvénient que présente, pour les profanes, la lecture des livres de médecine. L'idée était on ne peut plus juste. A quoi bon, en effet, vouloir pénétrer une science dont on ne connaît pas le premier mot et dans l'interprétation de laquelle on risque de faire autant de contresens que de phrases?

La réciproque n'est pas vraie, bien au contraire Il est souvent nécessaire, pour le médecin, de traduire ce que lui dit le client, car les termes n'ont pas toujours la même valeur, suivant que l'une ou l'autre des parties en présence les prononcent.

La classe populaire surtout use volontiers, pour exprimer les maux dont elle souffre, d'un idiome déconcertant.

Il n'est bien entendu pas question de se moquer ici de l'ignorance. Rire des fautes d'orthographe ou des pataquès de gens qui ne savent presque pas lire serait indigne, même d'un Homais. Ceci posé, nul ne contestera qu'actuellement, le peuple de France emploie un jargon qui n'a que quelques points communs avec le français. Ce n'est ni du patois ni de l'argot, c'est quelque chose qu'on pourrait appeler le bas français. Il y avait autrefois le latin et le bas latin, il y a aujourd'hui le français et le bas français, et je ne dis pas que ce soit là un dialecte de création récente.

De quoi se compose le bas français, nous le savons tous : de mots français, tantôt intacts, tantôt estropiés, parfois simplifiés, parfois allongés, assemblés suivant une syntaxe fantaisiste et d'où toute préoccupation euphonique est rigoureusement bannie. Des élisions incorrectes, le report de l'idée de négation sur le second terme (pas, point, etc.) des locutions négatives, report qui va jusqu'à la suppression du premier terme (ne) et plus encore l'abus fantastique du pronom-adverbe y, tels sont les caractères principaux du bas français. En voici un exemple, deux phrases que les mères de familles, dans nos banlieues, prononcent peut-être à chaque repas autant de fois qu'elles ont d'enfants.

Bas français.

Si t'y aimes, manges-y ! Si t'y aimes pas, laisses-y !

Français.

Si tu l'aimes, manges-en ! Si tu ne l'aimes pas, laisse-le !

Autres exemples :

Bas français.

Vous parlez d'un orage qu'y peut y avoir par là !

T'a été chez ton tonton, en rue Cuvier?

— J'comprends.

Je me rappelle de lui avoir causé.

Français.

Quel orage !

Es-tu allé chez ton oncle, rue Cuvier?

— Oui.

Je me souviens de lui avoir parlé.

On multiplierait les exemples à l'infini : le bas français, comme on peut en juger, n'est ni harmonieux, ni expéditif.

Les choses se compliquent dès qu'on passe, des propos courants, aux phrases par lesquelles les déshérités de ce monde cherchent à nous expliquer les troubles de leur organisme, à en détailler l'évolution, à énumérer les traitements déjà mis en œuvre.

Il va de soi que les mots savants ou simplement peu usuels sont écorchés de façon outrageuse. Je ne crois guère aux barbarismes-calembours qu'on rapporte quelquefois : *chiffon d'autre sexe* pour *siphon d'eau de Seltz*, saleté *pareille* pour *salsepareille*, *père Hippolyte* pour *péritonite*, et *prétention* pour *rétention* est cependant plus vraisemblable, car j'ai entendu dire *groupe, grampe, guîstre, luxure, portion, dâtres, iugeoties,* teinture *idiode, eau bourriquée, du gaz, ankulose, l'alouette de la gorge,* au lieu de *croup, crampe, crise, kyste, luxation, potion, datles. jujubes,* teinture *d'iode,* eau *boriquée, de la gaze, ankylose, la luette.* Il ne faut pas oublier qu'en dehors du domaine scientifique, la prononciation populaire introduit parfois dans le langage de véritables jeux de mots, comme elle l'a fait en tirant des vocables allemands *Sauerkraut* et *Gasthaus, choucroute* et *gâte-sauce*. (Il est vrai que l'étymologie germanique de ce dernier mot n'est pas admise par Littré).

Jeu de mots inconscient encore, d'origine scripturale et non plus phonétique, l'orthographe *pire amidon* (pour *pyramidon*) que j'ai constatée. Les altérations sont peut-être même plus nombreuses par l'écriture que par la prononciation, mais leur intérêt est moindre. Je signalerai seulement à titre de curiosité la transformation, que je certifie authentique, de *biphosphate* en *biofofadade*.

Très rarement, presque jamais, la plèbe trouve d'elle-même un mot heureux, une onomatopée par exemple : je ne vois guère à citer que le verbe *farfoter* qui désigne les gros ronchus bronchiques entendus à distance. *Quiner*, qui semble s'appliquer plutôt aux sibilances aiguës, est déjà moins heureux.

Plus important est l'usage à peu près constant de certaines tournures dont voici des exemples :

Bas français.

Ça ne va pas plus mal.

Depuis ma tombure je me sens faible - faible - faible, et tousser - tousser - tousser, de toute la nuit ça ne décesse pas.

Je tousse pas pour dire de tousser.

Français.

Ça va mieux.

(1) *Journal des Médecins praticiens de Lyon et de la région.*

Le pain de coton

Les Américains, qui n'en sont pas à une audace près, nous rapporte M. F. Langworthy, dans le *Bulletin de la Société scientifique d'hygiène alimentaire*, viennent d'inventer le pain de coton. Les Indiens Pueblos employaient déjà depuis longtemps, dit-on, la farine de cette graine dans un but analogue. Mais ce n'est qu'en ces temps derniers que cette idée est entrée dans le domaine de l'alimentation raisonnée, ou tout au moins expérimentale.

M. G. Fraps, au Texas, a donc fabriqué du pain avec la farine de la graine de coton et en a étudié la valeur culinaire et hygiénique. Les résultats de l'expérience furent concluants. Ce pain est si riche en protéines et en graines qu'il constituerait un merveilleux succédané de la viande, dont il remplacerait une quantité approximativement double. 85 à 100 grammes de farine de coton introduits dans l'alimentation quotidienne permettraient, d'après les calculs de cet auteur, de supprimer complètement la ration carnée. Pour obtenir le pain le plus savoureux et le plus utile, le mieux est de mélanger cette farine à celle du blé dans la proportion d'un quart.

Comme toute médaille, celle que l'on frappe en l'honneur du pain de coton a un revers, lequel est d'importance. La farine de coton est souvent toxique. Ce grave défaut, dont les pyrophosphates sont responsables, se présente d'ailleurs de façon irrégulière. Or, on n'a pu déterminer encore si cette variabilité tenait au terrain de culture ou à la graine elle-même. De sorte que pour se mettre à l'abri du péril, il semble nécessaire d'analyser chimiquement et biologiquement chaque lot de farine destiné à l'alimentation. Cela ne laisse pas, on le comprend, de compliquer d'appréciable façon cette boulangerie d'un nouveau genre.

Les Eaux minérales sont bonnes à tout

Les eaux minérales sont bonnes à tout. C'est du moins ce que permettrait de penser la très amusante anecdote que jadis rapporta Alphonse Karr et que nous reproduisons à notre tour.

L'acteur Perlet était triste et malade, quelques personnes lui conseillèrent les eaux d'Enghien. Perlet alla trouver le Docteur Bouland, médecin des eaux il lui exposa piteusement sa situation en lui demandant *franchement* son avis.

« — Croyez-vous, lui dit-il que ces eaux me donneront un peu d'embonpoint?

« — Certainement, monsieur, certainement ; baignez-vous, et vous engraisserez.

« — Perlet se baigne, se baigne et, n'en graisse pas, il se plaint au docteur.

« — Oh ! mais, monsieur Perlet, il faut de la persévérance, il faut un peu de temps : baignez-vous, monsieur, baignez-vous, et vous engraisserez.

« Mais un jour que, conformément aux conseils du docteur Bouland, Perlet était dans sa baignoire, il entend parler dans le cabinet voisin et reconnaît la voix du docteur.

« — Certainement, Monsieur, disait le docteur.

« — Mais, répondait l'interlocuteur, j'ai beau me baigner, je ne maigris pas. Je crois que je suis plus énorme encore qu'à mon arrivée.

« — Ah ! mais, Monsieur, il faut de la persévérance, il faut du temps ; baignez-vous et vous maigrirez.

« Perlet se leva effrayé, jeta un regard sur lui-même : Il lui sembla qu'il avait maigri. Il se précipita dehors de son bain et s'enfuit ».

Les Enfants arriérés

ET

LEUR TRAITEMENT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

Les Difficultés de la Cure

Par M. le Dr Raoul DUPUY

Lors de précédents travaux sur l'arriération infantile et sur son traitement médical, puis en une série de communications à l'Académie des Sciences présentées en notre nom par le professeur E. Perrier, au cours de l'année 1912, nous avons cherché à mettre en évidence différentes observations, qu'il est nécessaire de résumer tout d'abord, si l'on veut comprendre sur quelles données scientifiques doivent être établies les bases de la thérapeutique, telle que nous la concevons.

Il existe de nombreux malentendus sur l'application à certains enfants de l'épithète d'« arriéré ».

Par habitude le public, les éducateurs, comme aussi les médecins, la décernent surtout aux « arrêtés ou aux retardés » de l'intelligence et réservent des termes plus ou moins appropriés aux autres troubles que l'on constate également chez ces sujets.

Car, les désordres intellectuels ne sont pas les seuls que l'on découvre et bien souvent des retards corporels, sensoriels et moraux, relevant d'une même cause que ceux de l'esprit, les accompagnent.

Aussi, l'arriération n'est-elle pas un état d'infériorité purement cérébral, comme on serait tenté de le croire en consultant les ouvrages qui traitent de cette passionnante question.

Le terme d'arriéré ne devrait plus donc être réservé qu'aux seuls déficients psychiques. Il conviendrait de l'appliquer à tous les sujets qui présentent un retard quelconque dans leur évolution.

En ce qui concerne les troubles intellectuels de l'arriération tels que l'idiotie, l'imbécillité, l'apathie ou l'instabilité, ils ont leur origine dans une défectuosité du cerveau ; c'est indéniable.

Mais ce cerveau ne saurait être considéré, ainsi qu'on le croyait jadis, comme un centre indépendant du reste du corps. Quoique présidant pour une grande part au fonctionnement de la machine humaine, il n'en subit pas moins son influence.

D'autre part, ce cerveau est un organe comme un autre, il respire et se nourrit. Il est donc également *tributaire du système du grand sympathique*, dont on commence à peine à découvrir la physiologie.

Pour toutes ces raisons, nous estimons que le diagnostic de l'arriération mentale ne consiste pas simplement à savoir apprécier le degré de l'infériorité par la *méthode des tests*, mais qu'il doit être basé sur l'examen corporel, qui devrait avoir une importance prépondérante.

Cet examen corporel ne permettrait peut-être pas d'établir une classification des arriérés, car vu la multiplicité et la diversité des anomalies présentées par ces sujets, on est bien embarrassé pour constituer des *types cliniques*, mais il renseignerait dans une certaine mesure sur la possibilité d'une amélioration par le traitement médical.

C'est du reste après de nombreux et minutieux examens complets, basés sur la physiopathologie, que nous avons songé à établir une distinction entre les arriérés *atrophiques* et les arriérés *dystrophiques*.

Malgré l'obstination de certains auteurs pour lesquels la *lésion définitive* est la seule cause de l'arriération — tout an moins en ce qui concerne les formes psychiques, — on est obligé de reconnaître que l'*arrêt*, *le retard* de l'*évolution cellulaire* et que les *intoxications* — les auto-intoxications — ont aussi une action certaine dans la genèse de cet état.

D'autre part, il ne faut jamais perdre de vue — ce que de nombreux spécialiste sont l'air d'oublier — que *physiologiquement* l'enfant et l'adulte ne peuvent être comparés.

L'enfant est un être en état de plus grande instabilité biologique. Il « pousse » tout en évoluant et chez lui les manifestations les plus alarmantes sont susceptibles de se modifier, soit spontanément, soit surtout sous l'influence d'un traitement approprié.

N'en avons-nous pas un exemple concluant chez les jeunes myxœdémateux ?

En présence d'une anomalie du développement, le praticien ne sera pas trop pessimiste et découragé. Il doit se souvenir que la bonne nature fait souvent commettre des erreurs de pronostic.

Il ne sera pas non plus trop optimiste ; il ne donnera pas une certitude d'amélioration à des parents qui attendent une parole d'espoir, car les cas sont également nombreux où la lésion — lésion cérébro-spinale par exemple — est surtout prédominante.

Pour ces *atrophiques*, comme nous les avons dénommés, il y a un arrêt quasi définitif et le secours de la médecine ne leur sera pas d'un grand profit. En l'état actuel de la science, la thérapeutique est impuissante à guérir les manifestations que présentent ces arriérés : telles que les atrophies et paralysies des membres, les idioties plus ou moins profondes, la privation complète d'un sens (vue, ouïe).

Par contre, chez les sensoriels surtout, la pédagogie donne des résultats très intéressants.

Même chez certains idiots, elle a pu produire des améliorations ; au prix de quels efforts !, elle les habitue à ne plus gâter, à manger presque seuls et arrive à leur apprendre à prononcer quelques mots.

Les arriérés psychiques de cette catégorie resteront toute leur existence des malades d'asile, incapables de s'adapter à la vie courante.

Les arriérés physiques atrophiques (certains littliques, hémiplégiques, paralytiques infantiles, etc., sont des infirmes qui présentent habituellement un certain degré d'arriération mentale. Ils sont la plupart du temps incurables.

***

Les arriérations que nous qualifions de *dystrophiques* sont tout autres.

Chez eux les retards de l'évolution qui peuvent porter comme chez les atrophiques sur le corps, l'esprit, les sens et la conscience morale sont souvent accompagnés ou d'une *perversion* ou d'une *hypertrophie* en quelque sorte compensatrice, comme le gigantisme ou l'obésité dans l'arriération génitale pour ne prendre qu'un exemple concret.

Quelles que soient les anomalies de ces dysharmoniques, de ces pervertis, voire même de ces invertis (sexuels) physiques et psychiques, elles ne doivent pas être considérées comme définitives tant que le sujet n'a pas terminé sa croissance. Et, si l'enfant n'a pas eu d'affection cérébro-spinale ayant entraîné une lésion — qui en ferait un atrophique — le manque d'attention du nourrisson, les retards de la dentition, de la marche, des habitudes de propreté, de la parole, — premiers signes de l'arriération, quelle qu'en soit le type — sont d'origine dystrophique, c'est-à-dire susceptibles dans la plupart des cas de se modifier.

A ce propos, nous dirons que les *convulsions* chez l'enfant en bas âge n'impliquent pas fatalement une lésion cérébrale et qu'elles ne peuvent être bien souvent qu'un reflexe, ayant son origine en un point quelconque de l'organisme.

Doivent être aussi considérés comme troubles dystrophiques, le retard de l'établissement de la puberté, ainsi que tous les troubles d'arriération physique qui peuvent porter sur chaque système, voire même sur chaque organe, constituant ultérieurement des nanismes ou infantilismes plus ou moins partiels.

Les anomalies intellectuelles intéressant l'imagination, la perception, le jugement, l'association des idées, la mémoire, de même que les tares morales par manque de volonté et perversion des instincts, les troubles de l'émotivité également (phobies et impulsions passagères des enfants), peuvent avoir une même origine.

Que cette dystrophie soit congénitale ou acquise, elle a été préparée par l'hérédité (dégénérescence, alcoolisme, tuberculose, syphilis, arthritisme, âge avancé ou trop grande jeunesse des parents, etc).

Les fautes commises dans l'allaitement, les infections, la misère physiologique, le manque d'air ou de sommeil, le surmenage scolaire, etc, ne sont bien souvent que les facteurs occasionnels favorisant la prédisposition, car en matière d'enfance anormale, la question *du terrain est des plus importantes*.

Si l'on procède à un examen physio-pathologique de l'arriéré dystrophique, on sera fort étonné de rencontrer bien souvent les mêmes troubles chez l'arriéré physique, que chez l'arriéré psychique ou moral. Cette constatation est absolument en faveur des remarques que nous avons déjà faites, tendant à ramener à une même cause des états très divers.

Les dystrophiques sont : 1° des *anémiques* (hypoglobulie et hyperleucocytose, végétations adénoïdes, diminution du taux de l'hémoglobine).

2° Des *insuffisants respiratoires* (thorax étroit, diminution de la capacité pulmonaire).

3° des *hypotendus* (cœur petit, anangioplasie, dilatation veineuse, achroasphyxie, engelures). Leur pression étudiée au Pachon est très basse (8° 6° et même 4°).

4° Des *attardés dans leur développement osseux*. La radiographie montre très nettement la non soudure des épiphyses chez de nombreux adolescents.

5° des *déséquilibrés de l'assimilation* soit par défaut d'élimination (apathiques), soit par suractivité de la déassimilation (instables) des substances qui correspondent aux déchets de notre organisme. Des examens d'urine pratiqués en série nous montrent que cette rétention et cette hyper-excrétion portent sur l'eau, les matières azotées, les chlorures, la chaux, le phosphore.

6° des *intoxiqués* du fait de ces rétentions des sels urinaires, et du mauvais fonctionnement du foie et des reins (sucre, indican, urobiline, albumine, etc), ou tout au moins des *ralentis de la nutrition* (obésité, rhumatisme, etc).

***

De ce qui précède, il semble donc que la thérapeutique de l'arriération dystrophique consiste à faciliter l'acte respiratoire, à activer la circulation paresseuse, à fortifier le milieu sanguin et par conséquent le système osseux, à rétablir le métabolisme normal des différents matériaux nécessaires à la vie, à combattre les auto-intoxications.

Pour arriver à ce but, il est nécessaire d'instituer un traitement s'appliquant à chacun des systèmes de l'organisme qui paraît inférioris é.

La *gymnastique respiratoire* après ablation de végétations s'il y a lieu tient une place importante. Les *frictions excitantes* et le massage favoriseront la circulation. La *reminéralisation* (chaux, phosphore, magnésie, fer) et l'*absorption* de moelle osseuse enrichiront le milieu sanguin.

Mais la thérapeutique effective est celle qui agit sur les sécrétions externes et internes. Nous voulons parler de l'*opothérapie endocrinienne associé* dont nous avons conseillé l'emploi.

Depuis quelques années et surtout pour les *formes d'arriération corporelle*, Bonneville, Herthoge, Léopold-Lévi, etc., ont employé les préparations thyroïdiennes.

Les résultats, quoique excellents dans certains cas, ont échoué dans d'autres qui paraissaient cependant devoir être améliorés.

C'est alors que nous avons songé à utiliser l'opothérapie endocrinienne pluriglandulaire (hypophyse, surrénale, extrait génital et thyroïde) qui, *associée selon le type à traiter* et *administrée par la voie intra musculaire* de préférence, nous a donné des résultats les plus satisfaisants dans les formes aussi bien physiques que psychiques de l'arriération, que la *seule opothérapie thyroïdienne n'avait pu modifier.*

Les résultats (1) de ce traitement, que nous appliquons depuis quatre ans, ont été signalés à l'Académie des Sciences en sa séance du 15 janvier 1912. Ils sont à la fois d'ordre physique et d'ordre psychique, puisqu'ils intéressent la taille, le poids, le système génital, comme aussi l'activité cérébrale, le caractère et même l'état moral.

Nous tenons à bien faire remarquer que de nombreux enfants, considérés habituellement comme incurables, certains mongoliens par exemple, ont été transfigurés somatiquement et intellectuellement.

Certains épileptiques et littliques (arriérés mixtes) ont été également fort améliorés corporellement et mentalement par cette méthode thérapeutique qui semble pouvoir être considérée comme *spécifique* de l'*arriération dystrophique.*

* * *

Les enfants arriérés en plus du traitement médical, qui aura en quelque sorte préparé le terrain, devront être éduqués par des méthodes pédagogiques spéciales.

Tout d'abord on s'assurera que leurs organes des sens ne sont pas défectueux. Des verres correcteurs seront donnés aux anormaux visuels. Toutes les causes susceptibles d'amoindrir l'acuité auditive seront supprimées (végétations adénoïdes, otite moyenne).

De plus, l'arriéré ne sera pas instruit avec ses camarades normaux pour lesquels il est un sujet de désordre et un objet de brimades. Il sera séparé des *pervers* dont il ne tarderait pas à contracter les mauvaises manières et les vices.

Le législateur a tellement compris l'intérêt qu'il y avait à opérer cette sélection, qu'il a fait voter la loi du 15 avril 1909, relative à la création de *classes spéciales* et *d'écoles autonomes de perfectionnement*, pour y admettre ces enfants dont l'infériorité psychique est notoire.

Nous ne parlerons pas des méthodes employées pour ces écoliers. Depuis longtemps, elles sont connues. Au milieu du siècle dernier les travaux de Seguin ont montré que pour instruire ces enfants, il était nécessaire de s'adresser à leurs sens — d'où l'intérêt des corrections de leurs anomalies sensorielles (vue ou ouïe) quand il est possible — pour atteindre leur esprit, de passer du concret à l'abstrait, de faire de tous les actes de la vie une leçon de choses dont il faut tirer une morale, d'instituer l'éducation de leur volonté (gymnastique eurythmique) etc.

Cet enseignement spécial est le corollaire pour ainsi dire indispensable du traitement médical. Appliqué parallèlement à la thérapeutique, il constitue la *véritable cure médico-pédagogique.*

Nous insistons à ce propos sur l'importance qu'il y a à associer les efforts du médecin et de l'éducateur. Le terme de « médico-pédagogie » ne doit pas désigner simplement une pédagogie spéciale appliquée par un médecin ou sur ses indications, mais une cure qui comporte et un traitement médicamenteux, physiothérapique, diététique et une pédagogie spéciale telle qu'elle est appliquée actuellement.

On ne devra jamais oublier que le traitement médical chez l'enfant arriéré dystrophique — c'est-à-dire *en état d'évolution anormale* — est des plus importants. Plus il sera précoce, plus il y a des chances d'améliorer le sujet. Il sera commencé avant même toute pédagogie, dès que l'on s'apercevra que « l'enfant n'est pas comme les autres ».

Puissent ces quelques remarques montrer comment doit être comprise la puériculture des arriérés.

* * *

Pour que le traitement médico-pédagogique donne les résultats que l'on doit en attendre, il faut avant tout qu'il soit appliqué à des enfants qui en soient *justiciables.*

A tous les détracteurs de la cure de Bourneville (qui cependant était plus pédagogique que médicale), nous répondrons que les sujets traités par cette méthode n'étaient pas ceux qui devaient en bénéficier.

La plupart des enfants de Bicêtre sont des anormaux profonds : idiots absolus, déments précoces ou paralytiques. Aussi, il ne fallait pas s'attendre à constater des métamorphoses chez ces « déchets de la vie ».

Les véritables arriérés dystrophiques ne sont pas des sujets d'asile. Or les y rencontre parfois, mais ils n'y sont pas à leur place.

Pour les trouver il faut chercher dans les classes, qu'ils encombrent de « queues interminables », qu'ils paralysent. Vous les trouvez encore dans le ruisseau ou sur les bancs de la correctionnelle pour répondre de quelque délit. Vous les trouvez aussi dans les rangs de l'armée où les parents les ont engagés par force afin de les « dégourdir ou de leur former le caractère ».

Dans les milieux aisés vous ne les trouverez pas, surtout si leur arriération est assez prononcée, car ils sont soigneusement dissimulés par leur entourage et chambrés par quelque précepteur qui les gave de leçons indigestes et sans grand profit.

Et dans tous les cas, ces *malades* — car ce sont des malades à des degrés divers — ne bénéficient d'aucun traitement.

Ce traitement pour être véritablement efficace doit être précoce, nous l'avons déjà dit. De plus, dès que l'enfant est en âge de comprendre, la cure médico-pédagogique devrait être instituée en dehors du *milieu familial.*

Cette condition que certains jugent indispensable au succès ne sera réalisée que très difficilement, dans certaines classes de la société.

Il est presque impossible de faire entendre raison aux parents. Ils se refusent habituellement de se séparer de ces enfants qui « leur ont déjà donné tant de peine à élever », qui sont si délicats disent-ils, et sur lesquels ils ont reporté toute leur dangereuse affection.

Et nous disons dangereuse, car cette affection n'est qu'un prétexte de faiblesse, une occasion de gâterie qui ont un effet des plus néfastes sur le caractère de l'arriéré, fait d'entêtement et de rouerie.

Les anormaux sont souvent de fins observateurs, ils se rendent parfaitement compte de la sollicitude exagérée dont ils sont l'objet et le résultat de cette déplorable éducation est qu'ils deviennent de « véritables tyrans » en grandissant.

Un éducateur des plus distingués et des plus compétents en science pédagogique des anormaux — M. Baguer — nous disait avec raison « que l'éducation la plus difficile en matière d'arriération infantile était celle à donner aux parents des arriérés ! ! »

Rien n'est plus exact. L'inconstance et la sensiblerie des familles, en France surtout, est désastreuse alors qu'il s'agit de l'intérêt voire même du salut de leur enfant.

* * *

Il y aurait un bien intéressant chapitre à écrire sur la mentalité des parents des enfants anormaux. Pauvres parents, que l'amour rend aveugles, qui excusez tout, vous n'avez pas l'air de vous douter que vous êtes les plus grands ennemis du thérapeute.

Votre orgueil est insupportable ; votre optimisme est déconcertant ; votre versatilité est stérilisante.

Notre bonhomme Lafontaine vous avait bien compris quand il écrivait sa fable de « l'Aigle et du Hibou ». Comme celle de la plupart des mères, l'attitude de la mère hibou qui trouve ses petits — monstres hideux — les plus intelligents et « les plus jolis parmi les compagnons » n'est-elle pas des plus dangereuses, quoique fort respectable ?

Frisant l'arrogance, l'omniscience, que croient avoir les parents au sujet de toutes les questions relatives à l'éducation de l'enfant, est aussi des plus préjudiciables au succès de la cure.

Le jour, où il est père, le chef de famille s'imagine aussitôt posséder à fond la puériculture. Combien grande est son erreur! Il n'est pas de problème plus difficile à résoudre quand il s'agit de normaux; à plus forte raison, la solution en est-elle des plus délicate à trouver quand les enfants sont anormaux !

Pendant les premières années de la vie, si l'enfant est retardé, la famille cherchera une excuse. On en trouve toujours. « La tante X... n'a-t-elle pas marché qu'à trois ans ? Le cousin Z... ne disait papa qu'à quatre ans. Et bien souvent pour éviter des *dépenses qu'elle croit superflues* — car cette considération est des plus importantes et nous ne saurions la passer sous silence — la famille attend... attend longtemps sans se demander si un traitement quelconque pourrait avoir raison de ces retards.

Puis l'enfant arrive à marcher seul. Il parle aussi. « N'avions-nous pas raison ? disent les parents » et le jeune arriéré « pousse » au petit bonheur jusqu'au jour où l'on songe à l'instruire.

On le met alors en classe. L'éducateur se rend immédiatement compte que c'est un retardataire, mais dans la crainte de froisser la susceptibilité de la famille et de perdre un élève, osera-t-il dire la vérité ?

Si par hasard — comme c'est son devoir — le professeur fait part de ses constatations, il lui sera habituellement répondu ceci par la mère : « Ce que vous prenez pour de l'apathie c'est de la réflexion. L'enfant n'est pas un paresseux, c'est un calme. Ce que vous prenez pour de l'instabilité, c'est de la vivacité d'es-

(1) C'est à dessein que nous ne mentionnons pas les résultats obtenus dans l'arriération atrophique (où la lésion cérébro-spinale est prédominante), car ils sont à peu près nuls. Toutefois dans les *formes mixtes* (mi-cérébrales, mi-endocriniennes), nous avons enregistré de notables améliorations.

prit. Nous préférons le voir turbulent que malade ; c'est de son âge ».

Et au lieu de remercier le maître de l'importante révélation que lui a dictée sa conscience, les parents se hâtent de retirer l'arriéré de cette classe « dont le professeur est un âne, qui n'a pas su comprendre l'enfant ».

L'arriéré fréquente alors plusieurs écoles et sans résultats. Et comme il se fait mettre parfois à la porte de nombreux établissements d'éducation du fait de sa dissipation ou de sa nonchalance, les parents finissent par comprendre, mais ils trouveront encore une excuse.

Cependant leur optimisme de jadis se transforme en un sombre découragement. Ils font appel aux professeurs les plus distingués sans obtenir grand changement dans l'état mental de leur enfant. De plus cet état mental ne passe plus inaperçu et, comme il peut être cause de grave préjudice pour les siens, ce malheureux innocent, qui est la honte et le chagrin de la famille, est pour ainsi dire retranché de la société...

D'autres parents restent aveugles jusqu'au bout. L'enfant arriéré tant bien que mal continue ses études ; sur le désir formel du père, il passe chaque année dans une division supérieure alors qu'il ne sait rien du programme de la classe précédente.

Il faut même parfois en arriver à un examen universitaire pour que la triste réalité apparaisse. Quelquefois elle n'apparaîtra pas, car de nombreux arriérés sont susceptibles de passer à travers les tamis du baccalauréat par exemple. Mais dans la vie, il arrivera que ces anormaux — désœuvrés ou « ratés » — apparaîtront sous leur jour véritable à l'occasion d'une décision qu'ils auront à prendre seuls et ils sombreront par manque de raisonnement et d'intuition.

Dans tous ces cas il est trop tard pour essayer un traitement ; la croissance est terminée. La dystrophie est devenue définitive.

* * *

L'enfant arriéré doit donc être éloigné de sa famille et mis au régime de *l'internat* si l'on veut obtenir le maximum de résultats.

A l'appui de cette assertion, nous mentionnons les constatations des instituteurs chargés des classes spéciales pour arriérés à Paris, qui ont bien remarqué que le lendemain des jours de congé, passés hors de l'école, ces enfants étaient déroutés, désorientés et qu'après deux mois de grandes vacances, ces mêmes arriérés avaient oublié la plus grande partie de ce qu'ils avaient appris avec tant de peine.

L'enseignement donné aux arriérés ne doit pas être interrompu.

La même remarque est à faire pour le traitement médical qui doit être appliqué avec constance et méthode.

Nous avons vu combien cette thérapeutique était compliquée, car elle nécessite l'intervention des spécialistes les plus divers : ophtalmologiste, auriste, radiographe, etc. et qu'en plus de l'administration des médicaments aux différentes heures de la journée (dont les uns ne peuvent être donnés que par un médecin sous forme d'injections intramusculaires) elle comprend également certaines pratiques que nous qualifions *d'adjuvantes* : comme les bains, la gymnastique respiratoire et orthophrénique, les frictions.

Le régime alimentaire et la durée du sommeil doivent également être réglés.

D'autre part, plus que tout autre enfant, l'arriéré a besoin de *grand air* et ce n'est pas dans les appartements exigus des villes qu'il pourra s'oxygéner comme il conviendrait.

Enfin, la cure médico-pédagogique comprend également un *enseignement professionnel* qui est de la plus grande importance, quelle que soit la classe de la société à laquelle appartienne l'enfant.

Or, il n'est pas possible, malgré la meilleure bonne volonté, de réaliser dans le milieu familial toutes les conditions de succès que nous venons d'énumérer. Et, alors même que l'on aurait pu les réunir toutes, il est encore deux grands facteurs du développement intellectuel, dont on saisira l'intérêt, *le jeu en commun et l'émulation*, qui manqueraient à l'enfant isolé.

Pour former son caractère, pour favoriser son émulation et enfin et surtout pour lui permettre de suivre le traitement médical s'appliquant exactement à son cas, il est nécessaire que l'enfant arriéré soit éduqué en commun et à l'école spéciale avec le système de l'internat.

Il est à souhaiter que les parents ne soulèvent plus ces difficultés si préjudiciables à la réussite de la cure, quand on leur parlera d'internat et qu'ils mettent l'intérêt de leur enfant au premier plan en faisant le sacrifice de leur égoïsme ou de leur amour-propre déplacé.

* * *

Les difficultés d'application du traitement médico-pédagogique résident encore dans l'appréhension qu'ont certains éducateurs, familiarisés ou non à l'étude des anormaux, de se voir supplantés par le médecin.

Chez d'autres professeurs, cette appréhension est remplacée par le doute sur l'heureux effet de l'intervention médicale dans l'amélioration des arriérés.

Il faut bien se rendre compte que quand on vient dire à de vieux pédagogues, ayant l'habitude de l'enfant, que l'apathie et l'instabilité sont des maladies relevant d'un traitement médical et non d'une punition, ils sont un peu déroutés. Ils veulent être édifiés, car cette théorie renverse leurs conceptions. Ceci est bien leur droit et nous ne saurions les en blâmer.

Mais là où ils sont répréhensibles, c'est quand, avant même d'avoir apprécié les résultats, ils sourient sceptiquement, de ce sourire qui veut en dire long et qui démolit tout un système bien mieux qu'une longue diatribe.

Que les éducateurs se rassurent ! Dans la cure des enfants anormaux, il y a place pour tous les hommes de bonne volonté. Le pédagogue et le médecin y ont chacun des attributions très distinctes. Cependant le succès définitif ne peut être assuré que si ces deux puériculteurs sont les fervents collaborateurs l'un de l'autre.

Voilà ce dont devraient être convaincus tous ceux qui s'occupent de ces « indésirables » de la société.

En réalité il n'en est rien et de même qu'il existe une rivalité — rivalité qui ne peut durer — entre les pédagogues et les médecins, de même dans le clan médical nous rencontrons malheureusement un état d'esprit identique.

Si l'on jette un regard sur le vaste champ d'étude de l'enfance anormale, on constate tout d'abord que les avis sont tellement partagés, que de véritables écoles — véritables chapelles allions-nous dire — se sont formées.

Nos connaissances n'ont pas fait grand progrès du fait de ces divisions et le problème de l'arriération infantile est encore dans le chaos.

Chaque médecin ne considère-t-il pas l'arriéré sous un jour différent selon sa spécialité ? En effet, le neurologiste, l'aliéniste, le biologiste, le psychothérapeute, le philosophe, l'anthropologiste, l'orthopédiste, l'auriste, l'ophtalmologiste donnent peu d'appréciations identiques sur un cas considéré.

Aussi, pour pouvoir appliquer rationnellement le traitement de l'arriération infantile dystrophique, il faut procéder synthétiquement — puisque l'arriéré relève de toutes les spécialités que nous venons d'énumérer — et surtout remonter aux causes physiopathologiques. C'est le seul moyen de faire de la thérapeutique logique et profitable.

* * *

Nous parlerons peu des préjugés qui s'opposent au traitement de l'arriération infantile, car ils n'ont qu'un intérêt historique. Le préjugé religieux n'est plus à la mode, car on a bien compris que l'état d'ignorance d'un anormal n'était pas un équivalent de sainteté.

D'autre part les idées superstitieuses en la matière ont cessé d'exister. L'enfant arriéré n'est plus le « porte-bonheur » de jadis, gage de prospérité pour le foyer qui l'abrite et qu'on a intérêt à conserver en état d'infériorité.

Le préjugé d'incurabilité n'a plus guère de crédit depuis les travaux de Seguin. Certes le petit instituteur de Bicêtre, qui est devenu un véritable dieu pour les Américains, après avoir été chassé de France par la haine des aliénistes, avait la dent dure pour le corps médical quand il prétendait que « l'ignorance des médecins » était une des causes principales de l'entretien et de la propagation de cette erreur.

Les médecins n'étaient pas seuls coupables. Le traitement pédagogique avait contre lui l'opinion et l'Administration qui a horreur d'une innovation.

L'inertie des bureaux est le plus grand obstacle à l'amélioration de ces malheureux enfants en France.

Alors qu'à l'étranger de somptueuses écoles ont été créées pour les anormaux, chez nous malgré une loi datant hientôt de quatre ans, il n'existe rien.

A part quelques classes spéciales annexées aux écoles communales, où les résultats obtenus sont presque illusoires en comparaison des efforts qu'ils coûtent, la France, qui a eu la gloire de donner le jour aux Pinel, aux Esquirol, aux Séguin, recule alors qu'il y va de l'intérêt de la nation, bien mieux de la race.

Nous reculons pour une question d'argent. Nous préférons dépenser des sommes colossales pour des frais de justice, pour entretenir des prisonniers ou des fous, alors que le simple bon sens nous démontre que si l'on avait traité ces parias de la société, quand ils étaient jeunes, on réaliserait plus tard, de sérieuses économies.

La force de la routine est inimaginable en France.

Les efforts des prévoyants officiels portent surtout sur les adultes..

Les lois nouvelles sur l'assistance aux vieillards et sur les retraites ouvrières, ne devraient-elles pas être complétées par des mesures énergiques pour sauvegarder le développement physique, intellectuel et moral de nos enfants ?

L'avenir de notre pays en dépend, car l'enfant constitue un capital social, qui diminue tous les ans en quantité et en qualité....

Nous ne savons pas ce que nous réserve l'avenir. Puisse-t-il nous être favorable. Mais si nous sommes engloutis par la dégénérescence qui nous guette, ne sera-ce pas notre propre faute, puisque nous n'avons pas été prévoyants.

Le nombre des enfants arriérés et pervers

déséquilibrés ou inutiles de la vie est énorme, terrifiant.

L'année dernière au Congrès pour l'Avancement des Sciences, nous donnions le chiffre de 140.000 et nous craignons aujourd'hui d'être au-dessous de la réalité.

Que compte faire la collectivité pour toutes ces victimes irresponsables d'une injuste fatalité, qui vont devenir des êtres dangereux et insociables, toujours prêts à user de représailles vis-à-vis de leurs semblables, comme pour se venger d'avoir été créés?

Optera-t-elle pour l'Ecole avec le traitement médico-pédagogique ou pour l'asile et la prison?

Les Dangers de l'Air comprimé

Notre distingué confrère M. le docteur Jean Belle, de Nogent-sur-Oise (Oise), nous fait part d'une fort curieuse observation qu'il eut l'occasion de faire récemment :

« Le 4 mars dernier, nous écrit-il, la jeune Henriette C..., 15 ans, était occupée à l'usine D... auprès d'une machine fournissant par un tube métallique un jet d'air sous pression.

« Le tube métallique pénétra accidentellement dans l'épaisseur de la main gauche de la jeune ouvrière. Sur le champ Henriette T... devint «tout enflée» selon les déclarations des témoins de l'accident.

« Je me rendis auprès de la blessée et je constatai un emphysème, sous-cutané de tout le membre supérieur gauche, de la tête, du cou, du thorax, de l'abdomen. La crépitation était caractéristique, la blessée avait été littéralement soufflée. Le cou en particulier était énorme et la tête monstrueuse. On voyait à l'occasion des mouvements de la blessée l'air se déplacer sous la peau.

« Le lendemain Henriette T... fut prise de suffocations passagères (probablement par compression du récurrent, mais l'œdème diminuait sans la moindre fièvre. Le troisième jour la blessée laissait échapper un vrai tonnerre de gaz intestinaux et au bout d'une semaine l'emphysème sous-cutané avait complètement disparu, sauf à l'aine droite et au ventre, où il persista deux jours encore.

« La blessée pu reprendre son travail le 25 mars, trois semaines après l'accident, sans malaise depuis lors ».

Pour être rares, de pareils accidents ne sont pas sans exemples.

On en cite qui ont eu une issue mortelle pour la victime. Cette dernière éventualité s'est produite en particulier pour des ouvriers sur qui un camarade, par plaisanterie ou inadvertance, avait dirigé par derrière, à la hauteur de l'anus un jet d'air comprimé. Dans ce cas, le gaz pénétra dans l'intestin qu'il distendit au point d'amener sa rupture.

Malgré l'intervention chirurgicale, les malades sont morts rapidement de péritonite.

Ce qu'il en coûte d'être embaumé

Nous voici au moins fixés sur un point : celui de savoir ce qu'il peut nous en coûter de nous faire embaumer.

C'est la première chambre supplémentaire qui vient de nous rendre ce petit service.

Devant elle, en effet, Me Tourey-Piallat, au nom du docteur Couremenos, médecin de l'ambassade de Grèce et du tsar Ferdinand de Bulgarie, réclamait à la veuve d'un confrère une somme de 4.000 francs pour avoir embaumé le mari d'icelle, décédé dans une clinique des Champs-Elysées.

Et le tribunal de donner gain de cause au docteur, non toutefois sans abaisser le prix dû à 1.500 francs. Si le cœur vous en dit

Petite Enquête chirurgicale (1)

(Suite)

A qui doit appartenir une balle reçue par un blessé? Au chirurgien qui l'a extraite, ou au blessé qui l'a reçue? Tel est l'objet de l'enquête toute d'actualité poursuivie actuellement par *la Gazette médicale de Paris* auprès de ses lecteurs.

XXII

En dehors de l'opinion des médecins et chirurgiens, il était en l'espèce manifestement intéressant de posséder celles d'avocats et de légistes.

Voici la consultation que nous adresse sur le point de droit soulevé, M. Maurice de Meur, avocat à la Cour.

Monsieur,

Vous voulez bien me poser cette question : « Jusqu'à quel point un blessé est-il propriétaire du projectile qu'il a reçu? »

Au premier abord, cette demande pourrait paraître futile. Mais le Droit et l'autorité de votre *Gazette* s'associent pour lui donner la tournure qui convient à un grave problème.

Certains jurisconsultes pourraient vous répondre qu'il faut considérer le projectile comme devenu immeuble par destination, à l'égal des glaces scellées aux murs d'un appartement.

Cette opinion serait pourtant contestable, en raison du caractère particulièrement meuble du corps humain et en vertu de ce principe que « l'accessoire suit le principal ».

D'autres pencheraient plutôt pour la solution de Salomon et proposeraient l'application de l'article 716 du Code civil, qui attribue la moitié du trésor à celui qui l'a mis à jour — dans l'espèce, le chirurgien — et l'autre moitié au propriétaire du bien, sur lequel le trésor a été découvert — ici le blessé.

Pour ma part, je crois qu'aucune hésitation n'est possible.

Le patient opéré a doublement gagné le droit de conserver le projectile, comme un bien propre, par la souffrance qu'il a éprouvée en le recevant et pour celle qu'il a pu ressentir quand on le lui a enlevé.

Une autre raison me détermine aussi. Le chirurgien a livré ses services dans un but déterminé: l'extraction du projectile et, sa mission remplie, il ne peut prétendre à rien de plus que les honoraires convenus : la balle serait ici un supplément de prix.

Or, chacun sait que le médecin, comme l'avocat, ne peut vraiment espérer de son client, à titre de supplément, que sa reconnaissance!

S'il en était d'ailleurs, autrement, le chirurgien, qui a coupé un membre à un patient, conserverait le droit de s'en emparer à titre de souvenir ou de sujet d'étude.

Et pourtant, malgré l'ablation, on ne saurait contester que l'opéré ne cesse pas d'être propriétaire de sa jambe ou de son bras, auquel il a le droit de rester attaché par des liens moraux, même quand les liens physiques ont été coupés.

Je conclus donc que la question ne se pose guère et qu'en tout état de cause, sauf conventions contraires, le projectile extrait doit rester la propriété du blessé ou de sa famille.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments très distingués.

De Meur.

XXIII

M. Simon-Juquin, avocat à la Cour d'Appel, nous adresse, de son côté, la réponse suivante, où il constate, ainsi que son confrère, le droit supérieur du blessé :

Je ne crois pas qu'un chirurgien, quel qu'il soit, accepte d'être comparé à un entrepreneur de démolitions à qui l'on abandonne les matériaux de l'immeuble qu'il va démolir.

Réclamer la propriété de la balle extraite serait pour le chirurgien se comporter comme ce dernier.

Le travail du chirurgien est tout autre, mais il ne faut pas dire qu'il consiste essentiellement et avant tout à extraire la balle incrustée dans les tissus.

Son travail, ou son art, est de guérir et dans le cas présent de guérir en supprimant la cause du mal, c'est-à-dire la balle.

Cette balle ne lui appartient pas, après l'extraction, puisqu'elle n'était pas son bien avant d'être dans la chair du patient.

S'il m'arrivait de vouloir soustraire les diamants de la couronne et de les avaler y compris le sabre de Napoléon pour les sortir du Louvre avec plus de sécurité, il serait à craindre que je ne puisse les rendre à la lumière sans une intervention chirurgicale.

Quel est le chirurgien qui oserait prétendre à un droit de propriété sur eux parce qu'il aurait été l'aide de cette évacuation? Tout de même pour un vil morceau de plomb.

Au surplus, le patient lui-même ne me semble avoir qu'un droit précaire sur cette balle. Qu'il s'agisse d'un chasseur maladroit, d'un assassin habile ou d'un soldat héroïque: il est à présumer que le but poursuivi n'est pas de faire un cadeau lorsqu'on fait cet envoi de plomb!

La balle n'est qu'un moyen et si elle se sépare de l'arme, elle fait cependant partie de celle-ci qui ne quitte pas la main du tireur.

Et s'il m'arrivait qu'un assassin me réclamât le plomb qu'il vient de me « servir » mon sens du droit de propriété m'obligerait à le lui rendre, mais ne m'empêcherait pas de lui dire qu'il aurait valu tout autant ne pas me l'envoyer.

Simon-Juquin.
Avocat à la Cour d'Appel.

(1) Voir la *Gazette médicale de Paris*, no 193, du 9 avril 1913, p. 112; no 194, du 16 avril, p. 118; no 195, du 23 avril, p. 128.

REVUE DE CLINIQUE

Trois cas de sténoses graves des voies aériennes supérieures.

par M. le Dr SARGNON

Dans deux cas nous avons observé, avec MM. Bérard et Vignard, des rétrécissements multiples d'origine syphilitique, l'un tertiaire, l'autre héréditaire.

Dans le troisième vu avec le Dr Péhu, il s'agit d'une enfant atteinte de sténose inflammatoire chronique du larynx de nature indéterminée peut-être bacillaire.

Premier cas. — Mme B... (Bérard, Cotte et Sargnon) 49 ans, mariée en 1881. Deux fausses couches, puis la troisième année naissance d'une fillette qui meurt couverte de plaques à six mois. Elle n'a pu garder que deux enfants. Son mari meurt de lésions graves de la gorge. Quelques mois après, à 32 ans, ulcération grave de la gorge, chute de la luette. On pense à de la syphilis. Amélioration par l'iodure et le mercure. Cessation du traitement pendant plusieurs années. En 1903, troubles du nez, iodure à haute dose continué peu de temps. Récidive du mal de gorge. Le docteur Gontier de la Roche, à Toulon, lui fait des piqûres de biiodure. Alimentation difficile. Il y a quinze mois, crises de suffocation. Le docteur Lascols, de Toulon, lui fait des piqûres de biiodure, et d'accord avec le docteur Gontier de la Roche, me l'adresse pour sa sténose laryngée.

Le 26 novembre, la malade arrive dans mon cabinet avec un cornage et une dysphagie intense. Un examen, fait *très vite*, semble montrer un larynx aplati, rétréci et une sténose cicatricielle du pharynx inférieur. Absence de luette et du palais mou. Cicatrices latérales naso-pharyngées.

La malade rentre de suite dans le service de

M. Bérard, où le docteur Cotte et moi, nous la trachéotomisons sans incident sous infiltration de novocaïne. La dysphagie s'améliore et nous pouvons examiner minutieusement la malade au bout de quelques jours. On constate une membrane cicatricielle unique obturant le pharynx inférieur et le larynx avec, à droite et en arrière, un orifice qui, par l'exploration, n'est qu'un cul-de-sac. En avant et sur la ligne médiane il existe un petit orifice triangulaire à base postérieure dont l'exploration, de bas en haut, avec un béniqué fin et une bougie, mène dans l'œsophage et jamais dans le larynx, ni la trachée. Pour chercher l'orifice laryngé, nous faisons la même manœuvre par voie rétrograde trachéale après ablation de la canule.

Après plusieurs insuccès, une sonde demi-molle finit par traverser un défilé cicatriciel, passe dans l'orifice antérieur de la membrane cicatricielle pharyngée et aboutit à la bouche.

Nous en profitons pour passer un fil trachéo-buccal de repère de haut en bas. Il s'agit donc d'une *membrane cicatricielle pharyngée basse présentant un orifice unique antérieur servant à la fois à la respiration et à la déglutition.*

Pour éviter la déglutition des aliments dans le larynx, la malade a pris l'habitude d'avaler en se serrant le nez.

En présence d'une sténose si accentuée il faudra faire de la dilatation rétrograde caoutchoutée continue par voie trachéale. Mais, pour cela, une gastrostomie sous cocaïne s'impose et sera faite dans quelques jours (1).

En résumé, il s'agit d'un cas extrêmement grave de sténose cicatricielle spécifique pharyngée. J'en ai observé un cas analogue en 1900 à la clinique du professeur Schrœtter, à Vienne.

Deuxième cas. — Mlle D... (Vignard et Sargnon), 11 ans et demi. Sa mère a eu cinq fausses couches successives de cinq à sept mois ; sur quatre enfants nés à terme trois sont morts, l'un à deux ans de diphtérie avec broncho, l'autre mort-né, et le troisième à deux mois et demi du choléra infantile. Depuis cinq ans la mère a des angines de longue durée et des maux de tête guéris par l'iodure.

Antécédents personnels : Diphtérie il y a deux ans, sérum, pas de croup, rougeole et scarlatine à 3 et 4 ans. Adénoïdes opérées il y a quatre ans ; depuis sa diphtérie, aphonie, toux et voix rauque; suffocations depuis décembre 1911, persistant malgré le traitement spécifique. Parfois de la fièvre.

Elle entre le 10 avril 1912 dans le service du docteur Vignard avec de la fièvre et une sténose laryngée grave continue aux deux temps de la respiration. Etat cachectique intense. La trachéotomie, faite sous novocaïne, par Sargnon et Espenel, amène l'ouverture d'une gomme suppurée, prétrachéale volumineuse, et ne paraissant pas communiquer avec l'intérieur de la trachée. Cependant notre incision a touché aussi la trachée ; nous agrandissons cette ouverture et plaçons une canule qui fait sourdre beaucoup de pus trachéal. L'examen des crachats, fait à diverses reprises, a montré l'absence de bacilles de Koch et la présence de diplocoques, dont quelques-uns encapsulés.

La malade, soumise à un traitement spécifique, s'améliore vite, engraisse, mais présente dans la journée et surtout le matin une véritable vomique purulente très abondante.

Une première radiographie faite par le docteur Barjon montre dans la région du cœur des ombres obliques dans le sens des divisions bronchiques.

La bronchoscopie inférieure faite à diverses reprises sous cocaïne, montre une muqueuse trachéale très rouge, ainsi que la bronche droite ; la bronche gauche et ses bifurcations sont bourgeonnantes, saignant facilement avec des points rétrécis et des points élargis. La malade est progressivement améliorée par des piqûres de biiodure et des instillations trachéales canulaires d'huile goménolée à 5 0/0. Une nouvelle radiographie faite ultérieurement montre une disparition presque complète des ombres bronchiques gauches. Mais de nouvelles bronchoscopies font constater du bourgeonnement des deux bronches et de leur bifurcation. Le pus a très diminué et la malade a très engraissé.

Cette malade présente encore un peu de buphtalmie avec une kératite interstitielle très améliorée depuis le traitement spécifique.

Elle a, en plus de l'adénopathie du cou, une otite suppurée droite et des dents tout à fait typiques d'Hutchinson, ce qui est une rareté.

En somme, c'est un des cas les plus complexes de spécificité héréditaire qu'on puisse rencontrer.

Enfin comme cette malade a aussi son larynx atteint d'œdème chronique spécifique sténosant, il nous faut ou maintenir la canule, ou mieux, ce que nous allons faire, pratiquer une trachéo-cricostomie qui permettra d'enlever la canule et de garder une fistule, nécessaire pour le traitement intra-bronchique.

Il y a trois ans nous avons observé un autre cas de syphilis congénitale sténosante du larynx chez un enfant. La trachéotomie et la dilatation ultérieure ont été refusées ; l'enfant est mort.

Enfin nous avons observé récemment avec MM. Vignard et Péhu, une filette de 5 ans qui nous a été adressée par le docteur Arène, de Bagnols et le docteur Souchon, laryngologiste à Nîmes. Elle présente, sans aucun antécédent spécifique, une dyspnée laryngée grave depuis quatre mois avec aphonie, œdème glottique et sus-glottique. Auscultation négative, état fébrile, trachéotomie sous novocaïne sans hémorragie avec Vignard. Amélioration. Les cultures de la bouche, du larynx, de la cânule, faites à la Charité, et par le docteur Bessières, ne montrent ni bacille de Koch ni association fuso-spirillaire.

La fièvre augmente, l'œdème inflammatoire s'accroît surtout à droite. Toujours rien aux poumons. Des piqûres de biodure restent sans effet. La malade est emmenée par ses parents. Peut-être s'agit-il de tuberculose subaiguë primitive du larynx, affectant le type des tuberculoses inflammatoires (Poncet). La radioscopie thoraco-cervicale faite par le docteur Malot, a été négative. (1).

L'exploration du cœur par le galvanomètre d'Einthoven

Par M. le Docteur Louis LESAGE

Dès l'année 1909, le docteur Louis Lesage a établi la théorie de la courbe donnée par le galvanomètre d'Einthoven. L'exploration du cœur au moyen de cette courbe a été appelée par lui *Méthode électrocardiométrique.*

L'étude des courbes publiées et des courbes prises par le docteur Lesage dans son laboratoire de l'hôpital Necker lui a démontré que l'on peut, au moyen de sa méthode, mettre en évidence le travail cardiaque (cavités dissociées) et le travail artériel ce qui est obtenu *pour la première fois.*

De cet ensemble découle la possibilité de faire des diagnostics précoces des affections du cœur et du système artériel, de juger l'effet d'un médicament donné et de suivre les résultats dans le temps.

A la suite de cette étude l'auteur discute le phénomène jusqu'alors connu sous le nom de dicrotisme du pouls et dit que le dicrotisme n'existe pas, mais bien la contraction artérielle (systole artérielle) jusqu'alors faussement enregistrée sous ce nom.

REVUE THÉRAPEUTIQUE

La médication antispasmodique (1)

Par M. le Docteur NIGOUL-FOUSSAL

Frappé du fait qu'une simple dose de Véronidia (1 cuillerée à soupe) prise le soir une demi-heure environ avant le coucher, amène un sommeil de 6 à 7 heures, calme, réparateur et qu'au réveil on ne constate pas de céphalées ni de troubles secondaires ; frappé aussi du fait que l'accoutumance ne s'établit pas, l'auteur a expérimenté ce produit au point de vue *antispasmodique* et il est arrivé à conclure qu'à la dose de 2 cuillerées à café par jour, le Véronidia représente un bon moyen de diminuer le spasme, l'excitabilité neuro-musculaire, cérébrale et spinale, qu'il est un bon sédatif des états névropathiques et que, sans inconvénients d'aucune sorte, il est bien supporté par les malades névropathes chroniques ou simplement en état passager d'excitation ou de dépression.

Le Traitement curatif du cancer du larynx

Par M. le Dr Henri BOURGEOIS

Ablation par les voies naturelles. — Une petite tumeur siège sur une corde vocale, le diagnostic est incertain, on enlève le tout d'un coup de pince, on procède à l'examen histologique, celui-ci affirme l'existence d'un néoplasme malin et cependant la guérison est définitive.

Tels sont les rares faits de guérison de cancer par les voies naturelles.

On ne saurait ériger cette opération en méthode, car toutes les fois que le diagnostic est sûr, il faut opérer largement à ciel ouvert.

Thyrotomie. — Une tumeur limitée de la corde vocale est justiciable de la laryngo-fissure, ou thyrotomie ; les résultats sont surtout bons si la tumeur siége dans la partie antérieure de la corde vocale. Les résultats de cette opération sont extrêmement favorables dans les cas bien choisis Les suites sont devenues, aujourd'hui, en général simples. Bien entendu le malade sera surveillé pendant longtemps au point de vue d'une récidive possible. Celle-ci s'observe encore trop fréquemment, mais on connaît de très longues survies. Cette opération, la seule qui avec une faible mortalité opératoire, donne de grandes chances de survie et de non-récidive se pratique malheureusement extrêmement rarement à cause de la rareté des tumeurs reconnues à leur début ; c'est pourquoi nous insistons sur la nécessité d'un diagnostic précoce.

Pharyngotomie. — La pharyngotomie transhyoïdienne est indiquée en cas de néoplasme de l'épiglotte on sera souvent obligé de la combiner avec une pharyngotomie sus-hyoïdienne : l'opération, devient grave ; d'après Sendziak la mort survient dans 50 0/0 des cas par accidents septiques. L'ablation de l'épiglotte ne présente aucun inconvénient pour la déglutition.

Laryngectomie totale. — Les indications de l'opération dépendent d'abord de l'âge, de l'état de santé général, de la résistance du sujet et de son courage moral. Il doit être prévenu des conséquences fonctionnelles de l'opération. Les indications locales dépendent de l'étendue de la tumeur, qui ne doit pas déborder le larynx et de l'absence d'adénopathie ; un cancer extrinsèque débordant largement le larynx, une adénopathie volumineuse, contre-indiquent l'opération.

Les suites immédiates de l'opération sont devenues meilleures depuis quelques années. La broncho-pneumonie, la septicémie, l'injection du tissu cellulaire du cou sont toujours à re-

(1) La gastrostomie faite ultérieurement a été effectuée par M. Bérard sans incident, sous novocaïne.

(1) Soc. des scienc. méd. de Lyon.

(1) Congrès de Neurologie de Tunis.

douter. La récidive est malheureusement fréquente et les longues survies sont tout à fait exceptionnelles. Le malade peut parler après l'opération, soit au moyen d'un larynx artificiel, soit simplement avec l'air emmagasiné dans le pharynx, mais il ne peut plus se moucher, il ne peut plus faire d'efforts, il reste un infirme et il est exceptionnel qu'il puisse reprendre ses occupations.

REVUE DE CHIRURGIE

Hystérie et chirurgie

L'intervention chirurgicale chez les hystériques soulève, contrairement à l'opinion généralement admise, de délicats problèmes. Il faut tout d'abord exactement connaître les formes cliniques très spéciales qu'on rencontre chez les malades et qui dépendent de la nature même du terrain hystérique et des réactions diverses qui s'y produisent (réactions mentales) ou en dérivent (réactions périphériques).

Parmi celles-ci, il en est qui ressortissent à la pathologie chirurgicale et intéressent tout spécialement le chirurgien.

Or, chaque trouble fonctionnel correspond-il toujours chez l'hystérique à une lésion anatomique?

Cette question, qu'on discute encore, constitue un postulat important qui domine toute la question des indications opératoires.

En ce qui concerne l'appendicite, M. le Dr Lucien Picqué, chirurgien des hôpitaux, s'appuyant sur des observations personnelles, distingue les cas où l'hystérique peut créer un symptôme subjectif et ceux où elle exagère et déforme une expression clinique.

Il ne croit pas, d'ailleurs, que l'hystérique puisse, comme on l'a prétendu, créer un syndrome clinique complet.

Ainsi guidé par l'étude des causes qui engendrent chez l'hystérique des réactions périphériques spéciales, le chirurgien se tiendra sur le terrain clinique à l'abri de toute cause d'erreur

Dès lors, lorsqu'il se trouve en face d'une maladie bien nette, après avoir, comme chez tous les psychopathes, écarté les cas dans lesquels une intervention même légitime peut aggraver l'état mental présent, il peut prétendre à supprimer en même temps que la lésion certaines réactions périphériques et mentales.

Quant aux réactions délirantes proprement dites et au terrain hystérique lui-même, on peut dire que malgré les espérances, qu'ont pu faire naître certains neurologistes, la question ne comporte pas encore de solution.

Fracture compliquée des deux os de la jambe, 3e récidive, application du tuteur externe de Lambotte

Par M. le Docteur BARTHÉLEMY

Un homme de trente-neuf ans, sans antécédents morbides, est renversé, en janvier 1905 par un rail qui le frappe violemment à la jambe droite au cours de son travail. Transporté à son domicile, il y reçoit les soins du médecin qui constate une fracture compliquée des deux os de la jambe droite au tiers inférieur. Il applique une gouttière plâtrée postérieure permettant de renouveler des pansements sur le foyer de la fracture. Au bout de trois mois environ les téguments étaient cicatrisés mais la fracture non consolidée. Un chirurgien de Nancy appelé en consultation pose un nouvel appareil plâtré en s'efforçant de bien coapter les fragments. Un mois plus tard, il n'y avait toujours pas trace de consolidation. Le blessé est envoyé à l'hôpital civil de Nancy, dans le service de M. le professeur Gross qui lui fait une suture osseuse au fil d'argent et applique un plâtre. L'appareil est enlevé au bout de deux mois et on constate une consolidation parfaite en bonne position. Le blessé, conservé un mois encore par prudence, était à peine rentré chez lui depuis huit jours qu'il fait une chute en s'essayant à marcher et le médecin, appelé aussitôt, constate une nouvelle fracture au même niveau avec éclatement de la cicatrice opératoire. Il lui fait un pansement et le renvoie à l'hôpital où on applique un nouveau plâtre. A l'ablation de l'appareil, au bout de deux mois, la fracture est de nouveau consolidée. Mais alors qu'après la suture osseuse les fragments étaient coaptés en bonne position, après cette première récidive l'attitude est moins favorable. Le fragment tibial supérieur chevauche assez notablement sur le fragment inférieur qu'il déborde en dedans, de telle sorte qu'il existe sur la face interne un cal exubérant. Le fragment tibial inférieur se trouve déjeté en dehors, ce qui entraîne une attitude du pied en valgus. Les mouvements de flexion-extension du pied se font assez bien; les mouvements d'abduction et adduction sont impossibles. Le blessé retourne à son domicile ; dix mois se sont écoulés depuis son premier accident. Il se remet progressivement à la marche en corrigeant son valgus par une rotation totale du pied sur son axe longitudinal. Huit mois plus tard, il peut reprendre un travail peu pénible, et enfin son ancien travail en 1907, exactement deux ans après son accident. Un certificat de consolidation rédigé vers cette époque constate un raccourcissement de 3 centimètres et demi et une raideur notable du cou-de-pied. Le blessé, dont le salaire moyen était primitivement de 12 francs, reçoit de l'assurance un capital un peu supérieur à 2.000 francs. Il retravaillait ainsi depuis quatre ans, quand, en octobre 1911, il fait un faux pas et tombe brusquement. On le transporte de suite à l'infirmerie où on constate une deuxième récidive de sa fracture compliquée. Le bec du fragment tibial supérieur très oblique a troué la peau et fait largement saillie au dehors, chevauchant très notablement sur le fragment inférieur, ce qui exagère encore le raccourcissement. Après désinfection du foyer, une attelle de Bœckel est appliquée. Constatant qu'il ne se produit pas d'élévation thermique on intervient le huitième jour sous anesthésie chloroformique. Une incision d'environ 12 centimètres pratiquée le long du bord interne de la crête tibiale découvre un volumineux foyer d'hyperostose d'où sort un fil d'argent. Une traction exercée sur ce fil ne réussit qu'à le rompre à son point de sortie. Le bec du fragment tibial supérieur est réséqué et les deux fragments soigneusement dénudés. On s'applique à coapter leurs extrémités aussi parfaitement que possible pendant que deux aides effectuent sur le membre des tractions en sens inverse et la coaptation est fixée à l'aide du davier de Lambotte. Trois vis sont enfoncées, l'une dans le fragment inférieur, les deux autres dans le fragment supérieur et l'attelle métallique est assujettie. On peut alors faire lâcher prise au davier sans que les fragments subissent le moindre déplacement. Suture de l'incision. Suites apyrétiques. Au bout de cinq semaines, l'une des vis qui avait dû être placée en tissu hyperostosé devient légèrement mobile. On retire l'attelle métallique et comme la consolidation est parfaite en bonne position, on pratique l'ablation des vis sans difficulté. Le membre est encore laissé par prudence sur une attelle de Bœckel pendant cinq semaines, puis les premières tentatives de marche sont autorisées. L'orifice de la vis supérieure qui avait été seule placée en tissu sain est cicatrisé. Les deux autres orifices, pratiqués en tissu hyperostosé, ont donné lieu à de petites fistules qui ne se sont définitivement cicatrisées que depuis trois mois. La marche se fait aujourd'hui sans la moindre difficulté et la raideur sous-astragalienne qui limitait très fortement les mouvements d'abduction-adduction du pied disparaît progressivement depuis que le valgus a pu être corrigé à la suite de cette deuxième récidive.

L'examen radiographique a montré la présence des deux fils d'argent appliqués en 1905. Ils ont donc été parfaitement tolérés et n'ont pas déterminé d'ostéite raréfiante puisque leur extraction a été impossible au cours de la dernière intervention. La radiographie a démontré en outre sur le péroné trois traits de fractures bien distincts. Il est probable que cet os s'est fracturé à une place différente à chacun des trois accidents (1).

REVUE DE PSYCHIATRIE

Idiotie amaurotique familiale

Par M. le Docteur NIGOUL-FOUSSAL

Cette forme d'insuffisance cérébrale n'est pas d'observation courante. Ce qui se voit assez souvent, au moins dans les agglomérations d'arriérés profonds, c'est l'idiotie amaurotique consécutive des méningites. J'en ai gardé longtemps un exemple dans mon service. Il s'agissait d'une enfant de sept ans, impotente, épileptique, amaurotique, sourde et muette, qui, manifestement, devait sa déchéance à une méningite du premier âge reconnue par Charcot et Lannelongue. J'ai observé aussi le cas d'une enfant de six ans, hérédo-syphilitique avérée avec réaction méningée, qui s'acheminait peu à peu vers l'amaurose et l'idiotie en passant par des manifestations de kératite neuro-paralytique, de cérébellopathie, de neuropathie à forme convulsivante, etc... On rencontre également des hydrocéphales idiots et amaurotiques. Le caractère familial et l'absence de toute infection chez les générateurs donne au fait que je vais rapporter un intérêt particulier.

C. H... avait six ans lorsqu'elle est entrée, le 9 mars 1912, à la section des enfants arriérées de l'Asile Château-Picon. Dans ses antécédents héréditaires, on ne trouve ni des nerveux, ni des aliénés, ni des alcooliques. Le grand-père maternel serait mort tuberculeux à cinquante-huit ans. La grand'mère maternelle aurait fait successivement trois fausses couches, après avoir eu cinq enfants à terme. Le père et la mère se portent bien et n'accusent aucune tare infectieuse, héréditaire ou acquise.

C. H... est la troisième de cinq enfants. L'aîné est mort à trois ans. Coxalgique, il aurait guéri. Il se serait tué en avalant une houlette? La deuxième est une fille de sept ans, à peu près aveugle de naissance; l'amaurose est telle qu'on l'a admise dans un institut d'aveugles au lieu et place de C. H..., lorsque celle-ci est entrée à notre annexe ; l'intelligence est médiocre. Le quatrième est un garçon de cinq ans, complètement aveugle, idiot excité qu'il faudra interner. Le cinquième a vingt mois et s'est développé normalement jusqu'à ce jour.

C. H... est venue au monde sans incident. La grossesse était à terme ; l'accouchement se fit sans aucune difficulté. Les premières dents apparurent à huit mois. On ne peut préciser à quel âge elle a marché ni si elle a possédé quelque temps le sens de la vue. Il semble pourtant qu'il ne se soit jamais bien manifesté et l'opinion de la mère est que C. H... est aveugle de naissance. La première enfance fut chétive : anémie? entérites, maladies diverses. Pas de convulsions, pas de méningite, pas de crises nerveuses. L'enfant n'a jamais parlé, mais elle semblait comprendre jusqu'à deux ans, âge auquel on s'aperçut de sa déchéance intellectuelle.

L'examen montre que la taille est à peine au-dessous de celle d'une enfant de six ans développée normalement. Les membres sont un peu grêles, les masses musculaires sont réduites,

(1) Société de Médecine de Nancy.

mais la marche et la préhension des objets ne sont que maladroites. Les grands appareils sont normaux. Il n'y a pas de tuberculose pulmonaire, médiastinale ou intestinale. Le cœur a un volume normal et des bruits normaux. La circulation périphérique se fait bien. A la région cervicale on reconnaît la saillie très accusée de chapelets ganglionnaires.

Le visage est inexpressif, mais le masque n'est pas celui de certains idiots profonds et les traits sont fins. Les globes oculaires sont enfoncés dans l'orbite et l'enfant travaille sans cesse à les reculer davantage, car, de sa main droite, dans un geste stérotypé, elle appuie avec son pouce sur l'œil droit et avec son index sur l'œil gauche. Pas de ptosis, pas de stigmates physiques grossiers de dégénérescence. Les dents sont irrégulièrement implantées, espacées, mais à peine crénelées. En somme on ne relève aucun des caractères du facies d'Hutchison.

L'enfant est sans répit sous l'influence d'un besoin de mouvement, léger d'ailleurs. Elle sautille sur ses jambes; secoue ses deux mains et pousse, en même temps, de petits cris qui sont tout son vocabulaire.

L'examen des yeux a été pratiqué par le docteur Fromaget. qui a dicté la note suivante :

Œil droit (13 mars 1912) : Cataracte polaire corticale postérieure, congénitale, très incomplète, permettant l'examen du fond de l'œil ; névrite optique caractérisée par une papillite très nette avec disparition presque complète des bords du disque papillaire, qui se confond avec la rétine environnante. Atrophie de la plupart des vaisseaux ; les veines seules sont encore très perceptibles. On ne trouve pas ailleurs, en particulier au niveau de la macula, de lésion visible.

Œil gauche : Les lésions du fond de l'œil sont les mêmes (névrite et atrophie papillaires sans décoloration). Il n'y a pas, de ce côté, cataracte congénitale. En somme, la lésion du fond de l'œil est celle qui pourrait résulter d'une méningite.

L'acuité auditive est entière mais non exagérée, non plus que l'olfactive. Par contre, la sensibilité tactile est notablement accrue. Le personnel a spontanément remarqué que l'enfant est très chatouilleuse. Et de fait, on peut à peine la toucher pour explorer sa sensibilité et sa réflectivité. Celle-ci est un peu exagérée. La flexion des orteils se fait normalement.

L'intelligence se réduit à la compréhension et à l'exécution de quelques ordres simples : saluer en inclinant la tête, envoyer un baiser, tirer la langue, donner la main.

Il peut paraître superflu, après cet exposé sommaire du cas clinique, de justifier l'étiquette qui lui a été donnée ; car il s'agit bien d'une idiotie amaurotique familiale, au sens le plus littéral des mots.

L'idiotie amaurotique familiale a été observée pour la première fois en 1881 par Tay, un ophtalmologiste anglais et très exactement décrite au point de vue neurologique par un Américain, Sachs, qui ignorait la découverte de Tay. D'où le nom de maladie de Tay-Sachs qui lui a été fort justement donné. Je n'en ferai pas la bibliographie, pour la raison qu'elle se trouve très exactement faite dans une revue d'Apert (1) que devront consulter tous ceux que cette question intéresse. Mais voici les caractéristiques du type Tay-Sachs :

La maladie frappe des enfants jeunes, vers l'âge de trois mois, des enfants issus de parents israélites originaires de la Pologne russe. Elle conduit ces enfants à la mort avant qu'ils aient atteint l'âge de deux ans. Le premier symptôme est l'apathie : l'enfant ne cherche plus le sein de sa mère ; il laisse aller sa tête et ses bras, dépérit peu à peu, s'atrophie, se contracte et meurt. Dès le début il a montré qu'il ne voyait plus les objets et l'examen du fond de l'œil a révélé l'existence d'une lésion très caractéristique ; une tache blanche centrée d'un point rouge vif au niveau de la macula. Cette lésion ophtalmoscopique nette, isolée, sans papillite concomitante, l'âge de l'apparition des symptômes et leur évolution fatale en moins de vingt mois, l'atteinte exclusive d'une race : les israélites de la Pologne russe, tels seraient les éléments essentiels du syndrome de Tay-Sachs.

Assurément, le cas d'idiotie amaurotique familiale que je viens de rapporter n'est pas un Tay-Sachs, C. H... n'est pas israélite : elle a aujourd'hui sept ans et on ne voit pas de tache blanche centrée de rouge au niveau de sa macula. Si donc ces trois caractères étaient rigoureusement indispensables, mieux vaudrait renoncer à la faire admettre dans le groupe des idioties amaurotiques familiales. Mais il y a lien de remarquer que les faits acceptés comme authentiques par Tay et Sachs eux-mêmes ne sont pas tous également purs. On y trouve des cas dans lesquels le caractère ethnique, le caractère ophtalmoscopique, l'évolution ne furent pas toujours associés. La maladie a été observée chez des sujets non israélites. Au lieu de la tache blanche sur la macula, c'est la papillite qui se voyait. Enfin, dans quelques cas par ailleurs typiques les enfants ont vécu au delà de sept ans.

Ainsi la porte se trouve entr'ouverte et il me semble que sans effraction il est possible d'y faire rentrer, comme le veulent d'ailleurs Vogh, Higier, les cas d'idiotie amaurotique ayant pour caractère essentiel d'être familiaux.

Il faut bien convenir pourtant que la forme si bien observée par Tay et Sachs offre un relief tout particulier, mais rien de plus, me semble-t-il, et ce relief elle l'emprunte peut-être à la race qui lui fournit des victimes. Ce serait un exemple de plus de l'influence que peut exercer sur la marche des maladies, des maladies mentales surtout, la condition de race. Il est de notion courante en psychiatrie que les troubles mentaux, chez les israélites, adoptent des modes d'évolution singuliers.

Si la maladie de Tay-Sachs mérite bien de constituer un sous-groupe, il me semble tout aussi légitime d'admettre les cas où l'idiotie et l'amaurose ont frappé plusieurs membres d'une même descendance dans le groupement général des diplégies amaurotiques familiales.

Ce qui arrive pour l'idiotie amaurotique me semble pouvoir être comparé à ce qui s'est produit pour l'idiotie paraplégique. On avait voulu aussi enfermer la maladie de Little dans un cadre étroit : les diplégies cérébrales paralytiques y sont entrées peu à peu et je connais de celle-ci des formes très nettement familiales.

Il n'est pas inutile de faire ainsi des groupements qui favorisent les comparaisons d'où sortira peut-être un peu de lumière sur l'étiologie et la pathogénie de malformations encore bien obscures (1).

(1) APERT, Idiotie amaurotique familiale type Tay-Sachs, *Semaine médicale*, 1908, p. 25.

(1) *Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*.

REVUE DE PHYSIOTHÉRAPIE

L'action de la chaleur sur le système neuro-musculaire

M. le docteur Léoluca Chiaravallotti (de Naples) a procédé sur l'homme à des recherches expérimentales relativement à l'action de la chaleur sur son système neuro-musculaire.

Voici les résultats découlant de ces recherches.

1° L'application locale prolongée de la chaleur (30 à 60 minutes avec une température maxima de 42 à 57° C.) sur les muscles augmente leur excitabilité volontaire, le travail musculaire volontaire est lui-même augmenté.

2° La même application augmente l'excitabilité réflexe des muscles (phénomène du genou) : le travail produit par la stimulation réflexe en est augmenté, par conséquent ;

3° L'excitabilité électrique diminue ; le travail du muscle produit par la stimulation électrique en est diminué, par conséquent.

Mais il est bon de faire quelque réserve sur ce résultat, les recherches étant contradictoires.

4° Le tonus musculaire diminue (hauteur plus grande du myotonogramme suivant Mosso ;

5° La sensibilité sous toutes ses formes, mais surtout la sensibilité à la douleur augmente.

6° Ces résultats relatifs à l'action physiologique de la chaleur sur les fonctions neuro-musculaires servent de guide utile pour l'établissement des indications de cet agent en thérapeutique.

REVUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Contracture de la cuisse, suite de brûlures

par le Dr J. MOREAU (Bruxelles)

Un ouvrier mécanicien, âgé de 31 ans, se présente à nous sept mois après l'accident. Il a été brûlé par une explosion de naphte.

L'accident est survenu le 12 août 1911. L'ouvrier nettoyait le moteur encrassé, au moyen d'une chiffe de coton imbibée de naphte ; par suite du voisinage du four du gazogène, voisin du moteur, le naphte s'est enflammé et a communiqué le feu aux vêtements de P...

Il en est résulté des brûlures graves du côté du tronc, de la jambe droite et des deux bras.

Il est resté deux mois en traitement à l'hôpital, a été soigné ensuite au dispensaire de la Compagnie d'assurances ; puis, à l'Institut de mécanothérapie (12 séances).

Déclaré guéri le 7 février, sans aucune incapacité. « Sans laisser un déchet quelconque au point de vue de votre capacité ouvrière », suivant lettre de la Compagnie au blessé en date du 2 mars 1912.

Actuellement, le blessé est chargé de courses et de petits ouvrages d'atelier.

Il se plaint de ne pouvoir fléchir la jambe et par conséquent de ne pouvoir exercer son métier.

Actuellement, les brûlures sont cicatrisées. Un simple coup d'œil permet en effet, de voir que les plaies sont entièrement fermées, sauf une toute petite partie au mollet droit.

Examen du blessé. — Cicatrice de brûlure légère à la fesse droite. Cicatrices de brûlures plus profondes à la face postéro-externe de la cuisse et de la jambe. Cette seconde cicatrice est rouge violacé dans toute son étendue, brunâtre par places, lisse et tendue au centre. Au creux poplité, on sent une bride cicatricielle verticale descendant jusqu'à la saillie du mollet. Cette bride n'est pas adhérente aux plans profonds. Au mollet, il persiste une surface non cicatrisée, en fer à cheval, de la grandeur d'une pièce de deux francs. Le malade renseigne une douleur à la pression de la cicatrice de la jambe.

L'état de la cicatrisation qui est presque complètement terminée, permet d'éliminer une première explication, à savoir que la douleur et l'impotence seraient dues à une large plaie à vif.

La seconde hypothèse qui se forme, c'est celle d'une cicatrisation vicieuse, d'une rétraction du tissu fibreux, entravant les mouvements de la jambe.

L'examen attentif montre que la cicatrice est souple, n'adhère point dans la profondeur. De plus, les brûlures ont atteint seulement le creux poplité et la face externe du genou ; on remarque que la partie antérieure, la seule dont la rétraction pourrait amener la raideur, est absolument indemne.

Phénomène bizarre ; la cicatrice siège donc aux endroits où la rétraction amènerait l'ankylose en flexion, non pas aux parties où elle empêcherait cette flexion. La raideur permanente, l'impossibilité de fléchir le genou apparaissent donc comme paradoxales.

On cherche à pénétrer plus profondément le mécanisme de ce trouble fonctionnel. Où gît l'obstacle? C'est ce qu'un examen plus approfondi va nous permettre de déterminer.

L'impossibilité de faire mouvoir le genou n'est pas absolue ; le blessé peut fléchir la jambe dans une certaine amplitude.

Si l'on palpe les parties lésées pendant que le blessé exécute ce mouvement, on constate que les muscles postérieurs se relâchent ; les tendons que l'on perçoit d'abord comme des cordes tendues, de chaque côté du creux poplité, se détendent bientôt et se laissent facilement mobiliser ou déprimer.

Par contre, en avant du genou. on constate que la rotule reste fixe et immobile et que les muscles extenseurs situés au-dessus d'elle (le droit antérieur et les vastes internes et externes) sont tous dans un état de tension manifeste.

Il apparaît donc que le blessé, fléchissant la jambe sur la cuisse, relâche ses muscles fléchisseurs et contracte ses muscles extenseurs ; rien d'étonnant dès lors, à ce que la flexion ne s'exécute point ; le jeu musculaire est perverti, et l'on conclut à la contracture anormale du triceps crural (extenseur de la jambe sur la cuisse).

Mais quelle est l'origine de cette contracture? Est-elle volontaire, ce qui impliquerait de la part du blessé, une tentative de simulation?

Un moyen bien simple s'offre à nous de le vérifier. Il serait impardonnable de ne point l'employer et de laisser s'accréditer accusation semblable sans preuve irrécusable, sans même se donner la peine de contrôler.

On fait donc asseoir le blessé sur la table d'examen, dans la position suivante : le siège et les cuisses reposent sur la table, mais les deux jambes ne sont point soutenues ; elles s'étendent dans le vide en surplombant en porte-à-faux ; le genou lui-même n'a pas d'appui, et le bord de la table arrive au 1/3 inférieur de la cuisse.

Les deux jambes ne se touchent point. Un homme normal ne peut maintenir cette position bien longtemps ; tout le poids de la jambe est soutenu par la contraction du triceps crural ; cette contraction s'épuise rapidement et au bout d'une ou deux minutes, la fatigue survient et l'on voit la jambe se fléchir lentement, former un angle, d'abord peu prononcé, avec la cuisse, puis s'incliner tout à fait.

L'homme le plus robuste, ne peut maintenir intégralement la position d'extension pendant cinq minutes.

Si l'on pratique cette expérience chez notre blessé, qu'observe-t-on?

Au bout d'un petit temps, la jambe gauche, la saine, cède et s'incline, on la voit fléchir progressivement, jusqu'à ce que par un brusque sursaut de volonté, le blessé la replace en extension.

Au contraire, la jambe droite conserve intégralement son extension, elle est rigide, elle ne cède pas d'une ligne ; au bout de cinq minutes *montre en main*, elle n'a pas bougé.

Pendant ce temps, la jambe gauche s'est fléchie et redressée deux fois.

Cette contraction continue, immuable, et pour dire le mot, spastique, ne s'observe qu'en cas de contracture ou d'ankylose.

Si l'on observe la marche, on voit que le blessé boîte légèrement du côté droit ; il tient la jambe droite tout à fait raide ; le genou contracturé ne fléchit point ; le blessé fauche en marchant, à cause de cette raideur du genou, qui [illegible] le membre plus long que son congénère [illegible]ment fléchi pour la marche.

En montant un escalier on en descendant, le blessé conserve également la jambe rectiligne.

On pratique de la suggestion en affirmant catégoriquement au blessé qu'il guérira complètement, en renforçant cette opinion qu'il énonce, qu'une légère amélioration s'est produite depuis que la plaie du mollet s'est renverte et que le pus amassé sous la croûte s'est écoulé ; on l'assure que la raideur dépendait uniquement de ce fait et que la cicatrisation définitive de la plaie amènera fatalement la disparition de la contracture.

Un second examen a lieu deux jours plus tard, soit le 9 mars.

Lorsque la jambe repose sur un plan horizontal, on ne constate point de contraction du quadriceps ; la rotule n'est point immobilisée, on peut la déplacer facilement dans tous les sens ; les masses musculaires du triceps crural ne sont point dures et contracturées. Si l'on essaie de fléchir doucement la jambe sur la cuisse en procédant doucement, en soutenant le cou de pied, en plaçant le membre dans une position inaccoutumée (le malade couché sur le côté blessé on peut atteindre facilement 20 ou 30° de flexion, sans que le triceps crural se contracte ; si l'on essaie de poursuivre plus loin le mouvement, le membre se fixe, on palpe le droit antérieur comme une bande très dure, à la partie supérieure de la cuisse.

En insistant avec douceur, on parvient cependant à poursuivre la flexion jusqu'à l'angle droit et le blessé en est le premier étonné ; jamais, avec aucune machine de mécanothérapie, il n'est arrivé à ce résultat.

On examine la sensibilité qui est normale dans tout le membre. Le réflexe cornéen n'est pas aboli, le réflexe pharyngien est normal.

On recherche le réflexe rotulien, qu'on parvient à obtenir. On profite de ce fait pour renforcer la suggestion précédente, en montrant au blessé le réflexe dans le genou sain puis dans le genou malade et en lui attibuant une valeur pronostique énorme : « c'est le signe que rien n'est dérangé à l'intérieur de l'articulation et que la mobilité redeviendra normale ».

Actuellement, il ne persiste qu'un peu de raideur de la jambe ; le blessé marche à peu près normalement, en fléchissant le genou.

Quelques remarques s'imposent au sujet du traitement de ces cas de contracture, et au point de vue plus particulier de leur relation avec les accidents de travail.

La thérapeutique n'est point toujours désarmée et si certaines contractures se montrent rebelles ou bien récidivent à perpétuité, d'autres permettent des succès instantanés et presque miraculeux.

J'ai rapporté autrefois l'observation d'un conducteur d'omnibus atteint de contracture du genou, avec anesthésie en botte, de nature hystérique, après une contusion insignifiante par coup de pied de cheval ; le blessé fut chloroformé la contracture céda spontanément dès que la résolution musculaire fut complète ; on se borna à lui appliquer des pointes de feu superficielles. Cet homme se leva dès que l'ivresse chloroformique fut dissipée, se mit à marcher sans difficulté et resta définitivement guéri.

Un dernier point reste à examiner, à savoir le droit à indemnisation de ces blessés atteints de contracture.

Lorsqu'un accident de travail a été le point de départ de ces troubles nerveux, il faut admettre que l'incapacité de travail doit être évaluée sans aucune réduction pour l'etat de predisposition ou même d'hystérie latente du blessé ; suivant des principes et une jurisprudence invariable en Belgique, un blessé ne subit aucune diminution d'indemnité en raison de son « état antérieur » et de l'aggravation que ses tares, maladies ou infirmités antérieures ont imposées à sa blessure.

CARNET DU PRATICIEN

Zona ophtalmique

En cas de conjonctive rouge, secrétante, immédiatement instiller chaque jour une ou deux gouttes de :

Argyrol	0 gr. 40
Eau distillée	10 grammes

Si la cornée est trouble, dépolie à sa surface, avec une infection périkératique, de la photophobie, du larmoiement, pratiquer :

1° deux fois par jour des gouttes d'argyrol à 4 0/0.

2° trois fois par jour une ou deux gouttes de sulfate neutre d'atropine à 1 0/0.

En cas de pupille droite, immobile, irrégulière, dans un œil rougi par l'infection périkératique, instiller jusqu'à dilatation de l'atropine à 1 0/0.

Sur les lésions cutanées du zona appliquer après stérilisation à sec à 160°, pendant 20 minutes.

Oxyde de zinc	25 grammes
Poudre de talc	25 —

Pour combattre les bruissements d'oreilles

D'après Weissenberg, l'atropine donne des résultats fort encourageants dans le traitement des bruits ou sifflements d'oreilles accompagnés ou non de pulsations.

Prescrire :

Sulfate d'atropine	0 gr. 01
Eau distillée	15 grammes

par prise de dix à quinze gouttes trois fois par jour.

Indications des Stations hydrominérales et climatiques

En romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

En romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant pas d'eau.*

En « *italique* ». — *Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydro-minéral.*

Albuminuries. — Saint-Nectaire.
Anémie. — Canterets, Lamalou, La Bourboule.
Arthritisme. — Contrexéville, Cauterets, Mont-Dore.
Artério-sclérose. — Plombières, Royat.
Asthme. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Enghien.
Bronchites. — Canterets.
Bronchites chroniques. — Cauterets, Mont-Dore La Bourboule.
Coliques hépatiques. — Coutrexéville.
Constipation. — Cauterets, Châtel-Gnyon.
Coryza chronique. — Mont-Dore, Canterets, La Bourboule, Fumades, Enghien.
Dermatoses. — Saint-Christan, La Bourboule, Fumades.
Diabètes. — Contrexéville, La Bourboule, Vichy.
Dyspepsies. — Plombières, Cauterets.
Emphysème. — Mont-Dore, La Bourboule, Enghien.
Entérites. — Châtel-Guyon, Cauterets, Plombières.
Estomac. — Vichy, Plombières.
Foie. — Contrexéville.
Gorge. — Mont-Dore, Canterets, La Bourboule, Fumades.
Goutte. — Contrexéville, Aix-les-Bains.
Gravelle urique. — Contrexéville, Châtel-Guyon, Vichy.
Laryngites. — Cauterets, La Bourboule, Fumades, Enghien.
Leucoplasie. — Saint-Christeu.
Métrites. — Plombières, Salins-Moutiers, Fumades.
Névralgies. — Plombières.
Nez. — Mont-Dore, Canterets, La Bourboule, Fumades.
Reins (Lavage). — Contrex[illegible]ille.
Rhumatismes. — Aix-les-[illegible]ains, Plombières, Canterets, Dax.
Rhume des Foins. — Mont-Dore, La Bourboule.
Sciatique. — Aix-les-Bains.
Syphilis. — Cauterets, Aix-les-Bains.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE


Pagéol

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en Médecine mentale, par le Docteur Georges GENIL-PERRIN. (Paris, Alfred Leclerc).

La notion de dégénérescence mentale est mal définie, parce qu'elle est diversement définie. L'auteur s'est efforcé de fixer la valeur exacte de cette idée en remontant à ses origines et en suivant pas à pas son évolution.

L'idée de dégénérescence mentale trouve ses origines lointaines dans le problème des rapports du physique et du moral et dans les formes premières de la question de l'hérédité. Elle trouve son origine immédiate dans la notion de prédisposition héréditaire.

La doctrine de la dégénérescence acquiert son plein développement dans l'œuvre de Morel, qui consacre, en la mettant en valeur, l'affiliation de la psychiatrie à la médecine générale et à la biologie.

Ce que j'ai vu en Allemagne, par le Dr LAVIELLE (Maloine).

Brochure relatant les impressions d'un voyage d'études aux eaux thermales.

Méthode pratique pour l'évaluation de la valeur réelle des obligations à long terme, par Eugène REAUSTEAU. (Henri Daragon, Paris.)

Il est facile d'évaluer la valeur d'une obligation à long terme, à un taux déterminé, si l'on ne tient pas compte de la date de remboursement; mais si l'on fait intervenir ce dernier facteur et par conséquent le montant du dit remboursement, le calcul se complique, de sorte que le plus souvent le capitaliste n'ayant pas sous la main les tables nécessaires et ne disposant que d'un temps limité, a tendance à négliger cet élément de calcul.

Les principes exposés par M. Eugène Reausteau dans son excellent livre rendront aisées les comparaisons de diverses obligations, l'examen de la différence existant entre le cours d'un titre et sa valeur réelle, la recherche des placements les plus avantageux au point de vue du rendement, l'étude des arbitrages de portefeuilles, l'estimation par titre du montant des primes attribuées aux obligations à lots, etc., etc...

Les tables chiffrées qui accompagnent le volume aideront à appliquer la méthode très pratique préconisée par M. Eugène Reausteau. Gros et petits capitalistes auront ainsi en mains le moyen de calculer rapidement la valeur des titres qu'ils possèdent ou de ceux qu'ils désireraient acquérir.

Quelques Consultations Médicales, par R. OPPENHEIM (A. Rouzaud, Paris).

Dans ce volume, les lecteurs ne trouveront ni un manuel de thérapeutique, ni un formulaire, mais simplement le recueil de quelques types d'ordonnances telles que chaque praticien est amené chaque jour à en rédiger dans sa pratique courante. En présence d'un malade nouveau, il se demande non pas tout ce qu'il est possible de faire dans le cas soumis à son observation, mais ce qu'il y a lieu de faire immédiatement de plus simples, de plus efficace et de moins dangereux.

C'est dans cet esprit que ces consultations ont été rédigées par M. Oppenheim et quelques spécialistes des plus distingués. Le soin tout spécial qu'ils ont apporté à cette rédaction est un sûr garant du succès de ce petit volume qui sera lu et toujours consulté avec profit, et constituera pour le médecin un vade-mecum de pratique courante.

La toux émétisante des tuberculeux (*Consultations médicales françaises*), par le Dr Henri PAILLARD (A. Poinat).

Vicious Circles in Disease, par le Dr Jamieson B. BURRY (J. A. Churchill, Londres).

L'instabilité thyroïdienne infantile (Etude clinique et thérapeutique) (*Consultations médicales françaises*), par le Dr Léopold LÉVI (A. Poinat).

Chloride of Lime in Sanitation, par le Dr Albert H. HOOKER (John Wiley and Sons, New-York).

Étude clinique des phlébites utéro-pelviennes au cours de la puerpéralité (*Consultations médicales françaises*), par le Dr Cyrille JEANNIN (A. Poinat).

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1913, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN (Baillière). Ce formulaire écrit avec concision et clarté, a comblé heureusement une lacune : il réunit et étudie, avec toutes les indications pratiques qu'elles comportent, les acquisitions modernes de la thérapeutique.

Intervention médicale d'urgence dans les empoisonnements (*Consultations médicales françaises*), par le Dr Lucien MAYET (A. Poinat).

Technique clinique médicale et Séméiologie élémentaires, publié sous la direction du Dr Émile SERGENT (Maloine).

Convaincu de la nécessité de considérer l'étudiant en médecine comme un apprenti à qui il faut montrer ses outils et leur maniement, le Dr Émile Sergent a organisé dans son service de la Charité, avec le concours de ses anciens élèves, un cours d'enseignement clinique élémentaire, visant « non pas l'étude descriptive des maladies réservée à la pathologie, mais l'étude des procédés d'exploration qui permettent d'en rechercher et d'en constater les symptômes ».

Beurre de vache et graisse de coco, par Jean LAHACHE, docteur en pharmacie et François MARRE, chimiste-expert, Paris, (Maloine).

Le beurre devient de jour en jour plus cher; c'est là un fait unanimement constaté et qui tient, malheureusement, à des causes durables. Aussi, devient-il de plus en plus un aliment de luxe pour les familles dont le budget de dépenses est limité et sinon pour la table, du moins pour la cuisine, on tend à le remplacer partout par un de ses succédanés.

La graisse de coco se place au premier rang de ceux-ci, par son prix, par les garanties hygiéniques qu'elle présente au point de vue de la non-transmission des maladies contagieuses et par son incomparable résistance au rancissement. C'est un aliment qui a, comme tous les autres, le droit d'être librement mis en vente, à condition toutefois qu'il soit vendu pour ce qu'il est et qu'on ne l'introduise pas frauduleusement dans le beurre. Il serait donc injuste de contrarier son extension commerciale, par des mesures douanières ou fiscales, aussi bien que par l'incorporation de matières étrangères propres à faciliter son identification dans les mélanges.

Étude clinique du sérum anti-tuberculeux de Vallée, par le Dr BOUREILLE (Maloine).

L'auteur qui a pu suivre au Preventorium du boulevard Garibaldi, de nombreux tuberculeux, a étudié cliniquement sur quelques-uns d'entre eux, le sérum antituberculeux de Vallée. Cette monographie, très complète au point de vue clinique, montre d'une façon saisissante les réactions dues au sérum, et les résultats obtenus.

Après avoir exposé les réactions parfois très impressionnantes et les résultats indéniables d'amélioration dont il a été témoin, le Dr Boureille arrive aux conclusions suivantes :

Le Sérum anti-tuberculeux de M. Vallée est un remède excellent, souvent d'une efficacité remarquable contre la tuberculose. Mais en l'état actuel il ne doit pas faire délaisser les procédés employés jusqu'ici contre la tuberculose.

Bien au contraire, en apportant à l'organisme du malade les éléments dont il a besoin pour lutter contre les poisons qui l'épuisent, le sérum laisse la voie libre à l'action bienfaisante de la thérapeutique classique. Les observations publiées dans ce travail montrent que lorsque le sérum est passé, l'aération continue, le repos, les toniques, les revulsifs, etc... sont beaucoup plus efficaces.

Les méningococcémies (Septicémies méningococciques), par S. PORTRET. — Thèse de Doctorat. Paris (H. Paulin et Cie, Paris).

Partant d'une observation personnelle recueillie dans le service du professeur Widal, M. Portret publie toutes les observations de septicémies méningococciques rapportées jusqu'à ce jour et les classe en quatre chapitres :

Septicémie méningococcique sans méningite;

Méningococcémie précédant la méningite;

Méningite cérébro-spinale, sans métastase, avec méningococcémie démontrée par l'hémoculture;

Enfin les méningites cérébro-spinales avec métastases.

Par l'analyse de ces observations, ainsi classées, l'auteur décrit un certain nombre de formes cliniques : *Formes suraiguës* : convulsives, délirantes, épileptiformes, etc...

Formes aiguës : hémorragiques.

Formes subaiguës, etc.

Formes avec prédominance d'une localisation : formes digestives, rénales, pulmonaires, *cardiaques et surtout les formes articulaires*.

Cette thèse est intéressante parce qu'elle résume et met au point les diverses conceptions pathogéniques envisagées jusqu'à présent, elle montre, sous un jour nouveau le rôle du méningocoque dans le sang. C'est un chapitre important à ajouter à l'étude générale des septicémies.

ÉCHOS

La source chaude et salée de Serre-Ponçon

Une source d'eau chaude et salée a jailli dernièrement dans une galerie forée sous le lit de la Durance, à 62 mètres de profondeur, dans le défilé de Serre-Ponçon. Cette source qui ne débitait qu'une moyenne de 50 litres à la seconde, a brusquement décuplé son débit auquel les pompes d'épuisement avaient déjà peine à suffire. Un véritable torrent d'eau bouillante a fait irruption dans la galerie, chassant devant lui les mineurs effrayés.

Les pompes ont été bientôt impuissantes et il a fallu battre en retraite devant cet envahissement. En peu de temps, la galerie, longue de 74 mètres et haute de 2 mètres, a été remplie ; l'eau qui dégageait d'épaisses vapeurs a gagné ensuite le puits lui-même qu'elle a rempli jusqu'à 4 mètres de son orifice.

A ce point, le liquide, agissant comme dans un vase communicant, s'est arrêté de monter. Les eaux y ont conservé une température de 50°.

Les travaux de l'entreprise sont ainsi arrêtés, et on ne peut encore prévoir quand ils pourront être repris.

Le nombre des médecins qui exercent en Autriche

Il était, à la fin de la précédente année, de 13.599 soit 4.68 par 10.000 habitants, d'après une statistique publiée par le Dr Klauber, dans *Wiener Klinische Wochenschrifft*. Au cours de ces dernières années, il a augmenté dans une proportion beaucoup plus forte que le chiffre de la population. Cette augmentation va se poursuivre, étant donné que dans le cours des huit dernières années, le nombre des étudiants en médecine immatriculés sur les registres des Facultés autrichiennes a augmenté de 125 0/0.

N'empêche que des plaintes se sont élevées en ces derniers temps, au sujet de l'insuffisance du nombre des médecins qui exercent à la campagne.

Nouveau projet de la loi sur la vente du lait

Le nouveau projet de loi qui va être soumis à l'approbation des Chambres, à la rentrée du Parlement, vise à réprimer une fraude qui tend à se généraliser, elle consiste à vendre du lait à ce point écrémé, qu'il n'est plus, quelquefois, qu'un résidu industriel. Il comporte l'interdiction de vendre sous le nom de *lait*, du lait qui ne serait pas le produit « intégral » de la traite des femelles laitières, et de vendre du lait écrémé dans des locaux où se vend le *lait*. En outre, il stipule que le lait écrémé ne pourra être vendu que dans des magasins spéciaux et sous la condition qu'il contienne au moins 15 grammes de beurre par litre.

84e Année (Série XIIIe) — No 198 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 14 Mai 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 14 Mai 1913

Nos articles. — *Nous rappelons que la reproduction de nos articles est absolument autorisée*

ÉCHOS

L'hystérie au Maroc

D'après le docteur Jacques Blanc, médecin aide-major de 1re classe des dispensaires français du Maroc l'hystérie, à peu près inconnue en Algérie, semble atteindre les troupes marocaines dans une énorme proportion. Au tabor de police franco-marocain no 9, la proportion des hystériques est de 40 0/0.

Cette fréquence de l'hystérie explique la passivité mentale qui fait du Marocain un être essentiellement souple, subissant à l'extrême l'influence dangereuse suivant la volonté qui le mène

La névrose se développe d'autant plus facilement qu'elle trouve; au Maroc, un terrain altéré par une syphilis dépassant en horreur ce que l'on peut imaginer. Ce terrain, est en outre, vierge de toute civilisation : or, l'hystérie est un privilège peu enviable des peuples primitifs.

L'encadrement de nos troupes marocaines doit être assez fort pour remédier à la suggestion du milieu et parer ainsi aux sanglantes rebellions, aux paniques qu'entraîne si facilement la contagion mentale.

La réforme devra être impitoyablement prononcée pour tout hystérique avéré.

Syndicat d'Urologie

Un Syndicat d'Urologie est en voie de formation sous les auspices de la *Revue pratique des Maladies des organes génito-urinaires*, de Lille, et a déjà reçu les adhésions provisoires de très nombreux confrères de tous les points de la France. Ce Syndicat, qui se réunira à Paris, a l'intention de grouper tous les confrères qui s'intéressent à l'urologie, pour leur permettre de mieux se connaître et de discuter leurs intérêts professionnels. Les confrères qui n'auraient pas reçu la lettre-circulaire annonçant la formation de ce Syndicat sont priés d'envoyer leur *adhésion provisoire* au directeur de la revue : Docteur Gallois, 121, boulevard de la Liberté, à Lille (Nord) par le simple envoi de leur carte de visite. Ils recevront les projets de formation de ce Syndicat.

Une fondation Kocher

Le professeur Kocher, de Berne, à l'occasion du quarantième anniversaire de son entrée dans la carrière professorale, vient de consacrer une somme de 200.000 francs à la fondation d'un Institut pour recherches biologiques. Les arrérages de cette somme seront capitalisés, en partie, jusqu'à ce que le capital primitif et les intérêts de celui-ci forment un total de 500.000 francs.

Provisoirement, on distribuera tous les trois ans un prix de 3.000 francs.

Le Beurre chez les Ethiopiens

On sait l'usage immodéré que les Ethiopiens font du beurre ; c'est le cas de dire : ils le mettent à toutes les sauces. « *Pays de beurre et de miel* », s'écriait le P. Soho, au XVIIe siècle. C'est encore le cri qui vous vient aux lèvres quand vous voyez reluire au soleil les figures et les mains de ces buveurs d'hydromel, vernissées de beurre ; ces chevelures de Gallas toutes pantelantes et ruisselantes de beurre ; ces « chourroubas » (coiffures spéciales) d'Abyssins crépis de beurre pure ou en pommade ; ces coiffures ébouriffées de Gouraguées, ces cheveux en vadrouille où les gouttelettes de beurre brillent telles des pierres précieuses, ou les larmes d'aurore dans la broussaille matinale...

Dès ses premiers vagissements, l'enfant est couvert de beurre, on lui en met des grumeaux sur la tête, dans les yeux, dans le nez et aussi à l'ombilic comme pansement ; il est *lavé* au beurre, ses linges en suintent, sa couchette en est rance ; on en étale aussi sur la tête de la nouvelle mère, dès après la délivrance, comme un cri de triomphe, de réjouissances et de félicitations.

Les hommes n'ont pas tous le droit de se beurrer la chevelure ; ceux-là seuls le peuvent qui justifient d'exploits déterminés : tuer un ennemi à la bataille ou un animal féroce (lion, panthère, éléphant, rhinocéros, buffle, girafe, le *yegi*, sorte de loup) ; le léopard n'est pas dans la liste, car on raconte qu'il s'est un jour laissé tuer par une femme ! Si un homme qui a cet avantage en rencontre un autre qui s'est arrogé ce droit il peut lui « épiler la tête avec de la cendre ». Devant les tribunaux vous entendez un plaideur clamer : « Moi, j'ai du beurre dans les cheveux ; et toi, qu'as-tu fait ? » Je connais tels ou tels jeunes gens très distingués qui partent à la chasse des fauves pour avoir le droit de se beurrer la tête. — Pour dire que tel était *persona grata* auprès de l'Impératrice Taïtou, on dit couramment : « L'Impératrice lui mettait de ses mains du beurre sur la tête ! »

Les marchandes de beurre, huile, graisse, lait, s'essuient les mains dans les cheveux, sur le cou. Si vous assistiez à la « toilette au heurre » d'une Abyssine, vous verriez qu'elle s'en lave littéralement la tête, la figure, le cou, le haut de la poitrine, les mains, les avant-bras... Chez les Gallas, spécialement les Gallas Aroussis, on se beurre non seulement tout le corps, mais aussi les vêtements ; aussi un signe de deuil est de laisser les habits propres.

On attache au beurre un symbolisme quelconque, certain quoique inconscient, une idée de triomphe, de gloire, de joie, presque du fétichisme. Les Gallas Oromos (païens) soignent de beurre les arbres autour desquels ils accomplissent leurs danses religieuses. Chez les Abyssins on couvre quelqu'un de beurre comme chez nous de parfum, je dirais de bénédictions : Marie-Madeleine aurait oint, si la scène s'était passée en Ethiopie, les pieds du Christ apparemment de heurre !... Les indigènes en mettent plus sur leur corps et leurs vêtements que dans leurs plats. Enfin point de plaies, point de maladies qui ne soient traitées au beurre. Comme je me plaignais à un Abyssin d'avoir mal à la tête à force d'écrire ou de lire mon « David » (c'est ainsi qu'on appelle en ce pays de civilisation biblique tout livre et même tout journal) : « Mettez-vous du beurre sur la tête ! » me prescrit-il. C'est leur préservatif contre le noircissement par les rayons solaires et même contre le coup de soleil ; il empêche leur peau de se dessécher et de se fendiller au vent sec qui souffle pendant les 8 mois de beau temps ; c'est grâce au beurre autant qu'au sébum que leur tégument a cette mollesse, cette moiteur ou cet éclat caractéristique qui frappe le nouvel arrivant, surtout chez les femmes : on les dirait atteintes de séborrhée fluente. Le beurre sert autant à assouplir leur peau que leurs peaux (le tannage des dépouilles d'animaux se fait au beurre). On en met sur sa personne comme sur les disques de terre ou de fonte qui cuisent leur pain, pour empêcher celui-ci d'être brûlé : on peut jusqu'à un certain point expliquer le bon effet contre l'insolation par la réflexion des rayons solaires sur ces crânes reluisants comme des glaces ou des bottines lustrées et vernissées, ou encore par le phénomène appelé en physique « l'état radiaire ».

Pour nous résumer, nous dirons que le beurre est leur cosmétique ; c'est leur parfumerie et leurs senteurs ; c'est leur premier médicament *intus et extrà*, supérieur peut-être au kousso luimême ; c'est enfin leur aliment : graisse, saindoux, huile et beurre tout à la fois. On en fait donc tous les usages possibles et imaginables, ils n'en ont oublié qu'un : celui de le manger frais. L'Abyssin ne connaît pas la tartine au beurre, si bonne au goût, si saine, vu que le beurre non cuit contient une notable quantité de lécithine (composé phosphoré toni-nervin) qui se détruit par la cuisson du corps gras. L'indigène croque tout cru les pois chiches, mais ne conçoit pas qu'on mange le beurre sans le fondre au feu. On ne s'étonne pas moins de ne les pas voir manger ensemble le beurre et le miel ; comme le beurre, le miel n'est guère consommé nature, on aime trop l'hydromel pour dissiper inutilement le miel. — Le beurre abyssin ferait les délices de l'Européen s'il n'était déprécié par son odeur rance nauséabonde ; cette odeur fait les délices de l'indigène dont les sens sont assez blasés ou émoussés pour s'introduire à demeure dans le nez des boulettes de feuilles et de fleurs de rue (*ruta montana*) et pour se délecter à son plat favori le *occôt* où « il serait imprudent, comme dit Hugues Le Roux, de tremper ses pieds sans bottes ».

Un entrefilet d'une revue humoristique apprend qu'en Angleterre on consomme par an et par habitant, une moyenne de 6 kilos de beurre 4 en France, 2 en Allemagne, 1 en Russie. Je suis persuadé que si on additionnait toutes ces moyennes, on n'aurait pas la moyenne de heurre que l'Ethiopien emploie... en dehors de sa cuisine !

Dr MERAB,

médecin particulier du négus Ménélik II.

Art lyrique et suralimentation

M. André Dippel, directeur du Grand-Opéra de Chicago, prétend que rien n'est plus nuisible aux chanteurs et aux cantatrices que la suralimentation Une de ses pensionnaires, Mme Caroline White, ayant refusé ces jours-ci de chanter le rôle de Brunnhilde sous prétexte de surmenage, M. Dippel réunit tous ses artistes sur la scène et adressa à la cantatrice récalcitrante le speech suivant :

Vous n'êtes pas surmenée, madame, mais vous mangez trop. Vous ne faites que manger du matin au soir. Il en résulte que vous grossissez de jour en jour et que vos cordes vocales se noient dans la graisse. Tous les chanteurs mangent trop. Les ténors plus que tous les autres. Ils arrivent au théatre maigres comme des échalas, et au bout de trois ans, l'habilleur n'arrive plus à les fourrer dans leurs costumes. Si un jour un Lohengrin éclatait sur la scène, je ne m'en étonnerais pas outre mesure. Mangez moins, mesdames et messieurs, si vous voulez conserver l'éclat de votre voix.

Mme Caroline White s'est montrée outrée de cette philippique, d'autant plus qu'elle ne se sent pas coupable. Elle a confié à un reporter américain qu'elle ne prend presque rien en sortant de scène, tout au plus quelques douzaines d'huîtres, un petit poulet, une tranche de rosbif, un peu de salade, un peu de légumes et des desserts.

La Famille en Amérique

Il a été beaucoup parlé en Amérique, depuis quelque temps, du suicide de la race qui s'y accomplit. En effet, une longue observation a permis de constater que la fécondité de la femme américaine est sensiblement inférieure à celle des femmes immigrées. Les résultats du recensement de 1910, joints aux chiffres fournis récemment par la commission de l'immigration, nous permettent aujourd'hui de préciser les choses jusqu'à un certain point. Les données complètes n'étant pas acquises, toutefois, ils nous renseignent déjà suffisamment sur le problème en question. Notons que les statistiques ne comprennent que les femmes âgées de moins de 45 ans et mariées depuis 10 à 19 ans. En moyenne, la mère, d'origine américaine, en ne parlant que de la femme blanche, à 2,7 d'enfants pour 4,4 qui représente la progéniture de l'étrangère immigrée. Si nous poursuivons les recherches plus loin, en décomposant les statistiques, d'après la nationalité des parents, nous obtiendrons une échelle aux deux houts de laquelle se placent la femme américaine, la moins prolifique et la Polonaise (6,2), qui détient le record de la fécondité. Ajoutons que les Américaines, d'origine étrangère, semblent moins fécondes que les femmes appartenant à la première génération de l'immigration.

Des Troubles digestifs d'origine cœco-colique

ET DE LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

Par M. le Docteur Pierre DELBET
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris

Depuis une quinzaine d'années, l'appendicite a absorbé toute la pathologie intestinale de la fosse iliaque droite.

La conquête chirurgicale de l'appendicite constitue un énorme progrès. D'innombrables humains lui doivent la vie. Un progrès de cette importance ne pouvait guère ne pas entraîner quelques excès.

Les acquisitions modernes sur l'appendicite aiguë semblent bien avoir un caractère définitif. L'appendicite chronique, au contraire, est peut-être un peu trop compréhensive. Elle existe de la manière la plus incontestable et ce serait grand dommage pour les malades de lui porter atteinte. Cependant, elle n'explique pas toutes les douleurs de la fosse iliaque droite ni tous les troubles digestifs qui leur sont liés.

On voit de temps en temps des opérés qui présentent des symptômes tels que personne n'hésiterait à porter le diagnostic d'appendicite si l'appendice n'avait été préalablement enlevé. Les douleurs spontanées ont survécu à l'opération ; le point de Mac Burney est resté sensible à la pression ; les troubles digestifs ne sont point amendés. Après avoir traité les malades de neurasthéniques, moyen commode, mais aussi simpliste que stérile, on a cherché l'explication des faits de ce genre. Il pourrait sembler raisonnable d'attribuer les troubles à des adhérences post-opératoires. Et cette explication convient sans doute à un certain nombre de cas, mais dans d'autres, les phénomènes douloureux restent après l'opération parfaitement semblables à ce qu'ils étaient avant; d'autre part, les lésions de l'appendice enlevé sont parfois problématiques. Le rapprochement de ces deux faits conduisait inévitablement à penser que les troubles sont dus à une cause préexistante à l'opération et qui n'a point été modifiée par elle.

L'étude de cette question est bien loin d'être achevée. Cependant, des conclusions se dégagent déjà des nombreux travaux qui lui ont été consacrés.

Deux ordres de lésions semblent capables de produire certains symptômes qui ressemblent assez à ceux de l'appendicite pour donner lieu à des erreurs de diagnostic : c'est la mobilité anormale du cœcum, d'une part et, d'autre part, son ectasie.

Mais la question est extrêmement compliquée. La mobilité et l'ectasie du cœcum peuvent être tout à fait indépendantes, mais sont souvent associées. D'autre part, la dilatation du cœcum est si fréquente chez les appendiculaires que bien des chirurgiens avec M. Reclus, la considèrent comme un symptôme d'appendicite et il n'est point aisé de savoir dans bien des cas si l'ectasie est fonction d'appendicite, ou bien si, au contraire, la dilatation cœcale est un facteur d'appendicite. Enfin, la mobilité anormale du cœcum est peut être capable, comme le pense Wilins, de déterminer des douleurs en tiraillant un appendice moins mobile et d'ailleurs sain.

Si les crises dues à la coudure ou à la torsion du cœcum mobile ont des caractères parfois très nets, il est bien difficile, dans beaucoup de cas, même avec les artifices de la radioscopie, de faire le départ de ce qui revient au cœcum et à l'appendice.

En tout cas, il est certain que la mobilité et la dilatation du cœcum sont capables de jouer un rôle important dans la pathogénie des troubles digestifs qu'on attribue à l'appendicite — aussi, ai-je pris l'habitude depuis une dizaine d'années, dans toutes les appendicectomies, de réduire les dimensions du cœcum par une cœcoplicature et de le fixer à la paroi abdominale antérieure lorsqu'il est anormalement mobile.

Les craintes exprimées par certains chirurgiens au sujet de la fixation du cœcum ne me paraissent pas justifiées.

Ces manœuvres ne sont certainement pas inutiles. Les résultats éloignés le prouvent. Mon interne, M. Levœuf, a recherché les malades opérés par moi d'appendicite chronique et chez lesquels j'avais pratiqué outre l'appendicectomie, la cœcoplastie et la fixation du cœcum lorsqu'il était très mobile. De 198 malades répondant à ces conditions, M. Levœuf n'a pu en retrouver que 52. De ces 52 opérés, quatre seulement avaient encore quelques douleurs, 48 ne souffraient plus du tout. Cette proportion de guérison complète dans 91 0/0 des cas est notablement supérieur à celle qui ressort des différentes statistiques d'appendicectomie simple.

Voici, d'ailleurs, un fait qui montre la gravité des troubles que peut entraîner la mobilité du cœcum.

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans qui présentait des douleurs vagues dans la fosse iliaque droite. On lui enlève l'appendice en province le 4 août 1911. Le résultat de l'opération est absolument nul : les douleurs continuent avec les mêmes caractères. On les attribue à une lésion de l'ovaire et le même chirurgien enlève les annexes droites le 23 février 1912.

Tous les chirurgiens ont rencontré de ces malades qui, sans avoir jamais eu de crises aiguës, souffrent du côté droit. Fréquemment, elles ont de la rétroversion. On fait en même temps que l'appendicectomie l'hystéropexie. Le plus souvent, le résultat est bon, mais parfois il est nul. Dans le cas dont je parle, ce fut bien pis. Les symptômes s'aggravèrent. Non seulement, les douleurs devinrent beaucoup plus vives, mais il survint des signes d'occlusion. Ce n'était pas seulement la petite occlusion qui est déjà classique; les accidents avaient une intensité telle que plusieurs fois l'occlusion sembla sur le point de se compléter.

Quand la malade est entrée dans mon service, le ballonnement du ventre était tel et les symptômes si menaçants qu'on faillit l'opérer d'urgence. Chose singulière, elle avait un hoquet presque permanent. Une étude radioscopique très soigneusement faite par M. Durand ne fournit pas de renseignements précis. J'opérais cette jeune fille le 21 février 1913. Il n'existait aucune adhérence qui put expliquer les accidents ; mais le cœcum reposait sur le fond du cul-de-sac de Douglas. Le colon transverse, lui aussi très mobile, croisait le détroit supérieur à peu près au niveau de la symphyse sacro-iliaque et le cœcum descendait jusqu'à l'extrême fond du cul-de-sac péritonéal.

Je fis une cœco-pexie étendue et les accidents disparurent immédiatement, hoquet, ballonnement du ventre, et ils ne se sont pas reproduits depuis.

Je dois dire cependant que le cœcum étant replacé et fixé dans la fosse iliaque droite, le colon ascendant, sans doute trop long, me parut singulièrement plissé et bien que le résultat soit bon jusqu'à présent, je me demande s'il restera parfait. Un autre fait dont je parlerai tout à l'heure me porte à penser que la longueur excessive du colon ascendant est une cause de douleurs. Lorsque le cœcum est remis en place, le colon se plisse et se conde au-devant de lui-même. Peut-être y a-t-il là une indication de résection.

Quoi qu'il en soit, il est des cas où la cœcopœxie et la cœcorraphie ne suffisent pas à faire disparaître les accidents. Je laisse de côté les cas où il existe des ulcères. M. Quénn a étudié les ulcères simples du gros intestin. J'en ai moi-même observé un qui a entraîné une perforation du cœcum. Je ne veux envisager que les faits de dilatation.

Le cœcum est dilaté parce qu'il existe des obstacles à son évacuation.

Ces obstacles consistent en brides fibreuses, voiles membraneux sur la nature desquels on n'est point encore complètement renseigné et qui reconnaissent sans doute des origines multiples.

Dès 1853, Virchow avait étudié la péritonite adhésive. Quand, avec l'appendicite chronique, de simples troubles digestifs entrèrent dans l'orbe de la chirurgie, le travail de Virchow fut, en général, considéré comme vicié, parce qu'il n'avait point attribué au processus une origine appendiculaire. Rien ne montre mieux à quel point la prééminence de l'appendicite dans les troubles intestinaux s'était imposée à tous les esprits.

Quénu décrivit en 1902 les formations de péricholite de l'angle splénique. On a observé des formations de même ordre sur le colon transverse, plus encore au niveau de l'angle sous-hépatique et sur le colon ascendant.

Ces brides inflammatoires peuvent avoir pour origine des lésions des voies biliaires, de l'appendice, des annexes droites et du colon lui-même.

Elles sont probablement aussi, dans certains cas, consécutives à des interventions abdominales.

Outre ces brides, d'origine inflammatoire, il en existe qui n'ont pas le même caractère. A. Lane décrit des adhérences particulièrement développées au niveau de l'angle splénique et dont il attribue la formation à la station verticale. Jackson a étudié un voile membraneux qui ne lui paraît point relever d'une inflammation. Pierre Duval le considère comme une malformation congénitale. Pour Cotte, c'est une persistance du diverticule droit du sac épiploïque qui vient se fixer en dehors du colon ascendant sur le péritoine pariétal.

Dans le peu de temps qui m'est accordé, je ne puis étudier toutes ces questions complexes.

Pratiquement, il est souvent bien difficile de déterminer l'origine et la nature des brides en présence desquelles on se trouve et je ne saurais dire qu'elles étaient dans le cas suivant.

La malade est prise brusquement en 1910, à l'âge de 22 ans, de douleurs abdominales violentes localisées à droite, avec quelques vomissements, mais sans fièvre. Un médecin diagnostique appendicite. A partir de ce moment, la jeune fille continue à souffrir et on l'envoie à l'hôpital en mars 1911 pour appendicite chronique. Le cœcum est très volumineux et gargouille. Distendu par l'insufflation, il soulève la paroi abdominale, mais sa distension n'est pas douloureuse. La radioscopie montre un gros cœcum plongeant dans le petit bassin.

A l'opération, je trouve le cœcum un peu rouge et flasque. Il est très mobile, ainsi que la dernière anse iléale. Appendicectomie, cœcorraphie et cœcopexie.

Une radioscopie faite avant la sortie de la malade montre le cœcum très réduit et occupant la partie moyenne de la fosse iliaque.

Cependant, dès que la malade reprend son travail, les douleurs reparaissent. Elles se produisent sous forme de crises avec gonfle-

ment de la fosse iliaque droite et s'accompagnent de diarrhée. Le cœcum est toujours gargouillant et la palpation provoque une douleur juxta-ombilicale.

M. G. Durand constate par la radioscopie que dans la station verticale, le colon ascendant semble se plisser de façon à se placer devant le cœcum fixé. Le lavement bismuthé arrive facilement jusqu'à ce dernier avec cependant un temps d'arrêt marqué au niveau de l'angle sous-hépatique.

La malade déclare que les douleurs ne lui permettent pas de travailler, elle ne peut gagner sa vie. Aussi, je me décide à une nouvelle intervention.

La stase cœcale est évidente ; d'une part, les douleurs, les crises de diarrhée semblent indiquer qu'il existe un certain degré de typhlo-colite. Aussi, je me décide pour l'iléo-transversotomie, par implantation termino-latérale.

J'ai pratiqué l'opération le 26 juillet 1912 et ai pu constater d'une part que le cœcum était resté fixé dans la fosse iliaque, d'autre part, que le colon était suspendu par des adhérences intimes au bord antérieur du foie.

La malade quitte l'hôpital le 15 août en très bon état, mais elle revient le 18 octobre parce que les douleurs ont reparu. Elle a tous les jours une selle molle, sans diarrhée, mais elle souffre dans la fosse iliaque droite, tout autant qu'avant l'opération.

Elle rentre dans mon service le 15 novembre 1912. Le cœcum est énorme, le clapotage y est très marqué. La radioscopie, après ingestion de bismuth, montre que les matières amenées directement dans le colon transverse par l'anastomose sont partiellement entraînées par des mouvements antipéristaltiques qui les feront rétrograder jusqu'au cœcum. Je fais remarquer que j'avais placé l'anastomose loin de l'angle sous-hépatique, justement pour éviter ce reflux qui a été également observé par de Quervain.

Les ondes antipéristaltiques partant du colon transverse et refoulant le chyme vers le fond du cœcum ont été observées radioscopiquement par Caunon chez le chat. Heitz n'a jamais pu les voir chez l'homme, mais Caunon a dû parfois attendre plusieurs heures pour les constater chez le chat.

Si l'antipéristaltisme colo-cœcal n'est pas démontré chez l'homme, l'existence de la valvule de Bauhin le rend cependant bien probable et certains faits portent à penser qu'il existe. Leveuf fait justement remarquer que l'on a observé l'issue presque totale des matières par des fistules d'appendicectomie.

Dans mon cas, l'iléo-transversotomie permettait de constater nettement le réflexe antipéristaltique vers le cœcum. De Quervain l'a également constaté dans les mêmes conditions. Il a même cherché à l'éviter en formant un éperon au niveau de l'angle sous-hépatique. Il me paraît bien difficile d'empêcher efficacement le réflexe sans produire une exclusion bilatérale complète. Le remède deviendrait alors pire que le mal.

D'ailleurs, dans un cas, de Quervain dut exécuter une section secondaire comme je l'ai fait moi-même.

J'ai réséqué le cœcum, le colon ascendant et une partie du colon transversal le 29 novembre 1912. Au cours de l'opération, j'ai rencontré en avant du colon un premier plan d'adhérence diffuses faciles à effondrer, puis, un second plan d'adhérences épiploïques constitué seulement par deux brides assez étendues.

Mais, au niveau de l'angle sous-hépatique, existaient de nombreuses brides fibreuses qui fusionnaient en quelque sorte l'intestin et le bord antérieur du foie. C'est là la seule difficulté opératoire que j'ai rencontrée, et j'indiquerai plus loin une manœuvre qui la rend facile à surmonter.

L'anastomose antérieurement exécutée était en parfait état.

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie tout le segment d'intestin enlevé. On peut voir son énorme dilatation. Sans distention, il contient plus de 1.100 centimètres cubes de liquide.

Cette dernière opération a donné enfin un résultat complètement satisfaisant. La jeune fille a repris son travail pénible de domestique : elle n'a plus aucune douleur ni aucun trouble digestif.

Les questions soulevées par cette observation comme par toutes celles du même genre sont extrêmement nombreuses. On ne peut même pas les aborder toutes dans une aussi brève communication.

Pratiquement dans les cas de ce genre, il est presque impossible de faire exactement le diagnostic de ce qui revient à l'appendice d'une part et d'autre part au cœcum et au colon. L'aspect moucheté décrit par M. Aubourg et que prend le colon sous l'écran radioscopique après ingestion ou lavement de bismuth permet peut-être de diagnostiquer la colite, mais celle-ci peut manquer.

L'impossibilité de faire un diagnostic absolument précis dans bien des cas doit conduire, il me semble, à une conclusion thérapeutique. Lorsqu'on intervient pour une appendicite chronique, n'ayant jamais présenté de crise aiguë, la simple cueillette de l'appendice n'est plus de mise. Il faut inspecter le cœcum et l'origine du colon ascendant, ce qui peut se faire par une incision de Jalaguier très petite.

Lorsque l'on procède systématiquement à cette inspection, on est surpris de la fréquence des lésions cœco-coliques. La dilatation du cœcum est presque la règle. Elle est surtout marquée, cela est connu, entre la bandelette antérieure et la bandelette postéro-externe. On trouve là des bosselures irrégulières, souvent énormes, tantôt pâles et flasques, tantôt rouges et épaisses. Il est absolument nécessaire dans ces cas de faire une large cœcoplicature et on est souvent conduit à la poursuivre jusque sur le colon. Ces lésions se rencontrent aussi d'ailleurs chez des malades qui ont eu des crises aiguës et dont l'appendice est manifestement altéré.

Il n'est pas rare encore de rencontrer sur l'origine du colon une mince membrane celluleuse qu'il faut réséquer.

Enfin, dans bien des cas, le cœcum et l'origine du colon se laissent attirer hors de l'incision avec une telle facilité que la mobilité anormale n'est pas douteuse. Il est indiqué de faire une cœcopexie.

L'embarras commence quand ces diverses interventions ne donnent pas de résultats.

Je suppose naturellement que tous les moyens médicaux ont été épuisés et que les troubles sont assez pénibles ou assez graves pour justifier une intervention.

Que faut-il faire ? Quand on trouvé des brides fibreuses des voiles membraneux, comment faut-il se comporter ? Suffit-il de réséquer ces formations fibreuses ?

Si elles n'ont en aucune façon le caractère inflammatoire, s'il est manifeste qu'elles troublent mécaniquement le colon, si ce dernier ne semble présenter aucune lésion propre, s'il n'est pas trop long, on peut se borner à le libérer. Dans le cas contraire, cela n'est pas suffisant et la question des anastomoses intestinales se pose.

Pour conserver la valvule de Bauhin, Delore et Alamartine ont anastomosé le cœcum avec le colon ascendant. Hofmenter l'a anastomosé avec le colon transverse. La valvule de Bauhin ne semble pas avoir grande importance. Ces opérations ne mettent pas au repos les parties malades, et on peut craindre qu'elles troublent les mouvements de la dernière partie de l'iléon. Aussi, il me semble qu'elles ne sont que bien rarement indiquées.

Dans les cas que j'envisage, l'exclusion unilatérale du cœcum et du colon me semble s'imposer ; il faut donc anastomoser la dernière partie de l'iléon avec le gros intestin.

Ceci soulève trois questions. Comment faut-il faire l'anastomose ? Où faut-il la faire ? Doit-on se borner à l'exclusion ou faut-il reséquer le segment d'intestin exclu ?

La première question me semble la plus facile à trancher. Comme on a vu après les anastomoses latéro-latérales, le petit moignon d'intestin grêle se laisser distendre, je crois préférable l'anastomose termino-latérale par implantation. C'est celle que j'ai pratiquée.

En quel point faut-il aboucher la partie terminale de l'iléon ?

L'iléo-sigmoïdostomie expose à la diarrhée permanente, ce qui est un inconvénient sérieux. D'autre part, les très intéressantes expériences d'Alglave prouvent que le gros intestin n'est pas inutile. Aussi, ne suis-je pas disposé à en faire délibérément l'exclusion presque complète.

L'iléo-transversotomie me semble donc préférable, mais elle expose au reflux rétrograde des matières. C'est ce qui s'est produit dans mon cas bien que j'ai pris soin de faire l'anastomose en plein colon transverse loin de l'angle sous-hépatique.

L'antipéristaltisme semble n'être pas exceptionnel après l'iléo-transversotomie, puisque de Quervain l'a également observé, et je crains que les manœuvres complémentaires pour l'empêcher ne puissent être efficaces qu'à la condition de produire une exclusion bilatérale, ce qui est aujourd'hui formellement condamné.

S'il était prouvé que le reflux dans le cœcum est la règle après l'iléo-transversotomie, on serait conduit à pratiquer dans la même séance la résection cœcocolique. On ne peut actuellement se prononcer sur ce point et dans mon cas j'ai fait la résection secondairement.

N'ayant pas trouvé dans les auteurs de renseignements très précis sur la technique de cette opération j'ai cherché à la régler sur le cadavre avec l'aide de mon interne, M. Leveuf. J'ai été frappé de son extrême simplicité.

Le temps me manque pour exposer ici tous les détails de la technique. Je mentionnerai seulement deux points.

Le décollement du colon se fait très facilement, mais si on y procède sans précaution, on est directement conduit derrière le pancréas. Pour passer en avant du duodenum et du pancréas et ne garder attenant au colon que sa seule lame musculaire, il suffit de prendre la précaution de gratter le colon, après section de son ligament externe, de le gratter d'avant en arrière. On trouve ainsi très facilement l'autre plan de clivage médo-duodéno-pancréatique et on évite l'inconvénient de décoller le pancréas.

Le second point que je désire signaler a trait aux adhérences hépatiques. Elles sont fréquentes ; il n'est pas rare que le colon paraisse comme fusionné avec le bord antérieur du foie. C'est ainsi que je l'ai trouvé.

Si on aborde des adhérences d'avant en arrière comme on le fait généralement dans les opérations sur les voies biliaires, leur libération est difficile et laborieuse. Si, au contraire, on soulève le colon transverse, ce qui

est facile puisque le colon ascendant est détaché, si on soulève le colon transverse et qu'on passe derrière lui de manière à aborder les adhérences hépatiques d'arrière en avant, leur libération devient extrêmement facile. Elles se décolent de la face antérieure du colon transverse. La fusion se transforme en une lame qu'il est aisé de sectionner d'un seul coup. Je pense que l'on pourrait procéder à peu près de la même façon dans les opérations sur les voies biliaires, en partant de la partie droite du colon transverse.

Avec ces artifices, la résection du cœcum, du colon ascendant et d'une partie du colon transverse est extrêmement facile. Elle est de peu de gravité, si bien qu'on est conduit à se demander si dans les cas où les troubles cœco-coliques obligent à faire une iléo-transversotomie, il ne vaudrait pas mieux, pour éviter les accidents de reflux par antipéristaltisme, exécuter dans la même séance la résection cœco-colique. Elle me semble dès maintenant indiquée quand le colon ascendant est manifestement atteint d'inflammation chronique ou trop long.

La Prédisposition des Races à la Tuberculose

On ne saurait guère mettre en doute que la race a une certaine influence sur la sensibilité par rapport à la tuberculose. Selon F. B. M. Cartby, certaines races ont acquis une certaine résistance à la tuberculose, sans doute par un contact prolongé et fréquent avec cette maladie. Aux Etats-Unis ce sont les Indiens, puis les nègres et enfin les chinois, qui ont le moins de résistance. Ce sont les premiers qui fournissent de beaucoup le principal contingent dans la mortalité tuberculeuse.

Parmi les races blanches les Irlandais présentent une mortalité presque aussi élevée que celle des nègres, tandis que les autres races blanches sont beaucoup plus résistantes. En général la mortalité est d'autant plus élevée que les mesures prophylactiques sont moins bien comprises. Un fait surprenant, c'est que c'est la population juive qui présente de beaucoup le plus faible nombre de cas de tuberculose. Les observations de Cartby furent faites dans la région du canal de Panama et à l'hôpital des tuberculeux de Boston.

Relativement à la question de la disposition des Juifs par rapport à la tuberculose. A.-V. Sokolowski a fait d'intéressantes recherches, et il répond de la façon suivante à la question posée, qui est de savoir si la race juive est plus souvent atteinte par la tuberculose que la population chrétienne.

La population d'origine sémite vivant chez nous et dans les provinces avoisinantes (Varsovie) est moins souvent affectée par la tuberculose pulmonaire que la population chrétienne (Polonais, Russes, Lithuaniens), en proportion de la mortalité due à la tuberculose pulmonaire par rapport à la mortalité générale : suivant la récapitulation de Sokolowski pour Varsovie, 11 à 13 0/0 de chrétiens et 8 à 10 0/0 de Juifs, ce qui est entièrement confirmé par les statistiques de l'ouest de l'Europe (Londres, Berlin, Budapest, etc.)

Le nombre des cas de tuberculose pulmonaire fournit aussi les mêmes résultats, d'après les renseignements recueillis par Sokolowski dans 10.000 cas, c'est-à-dire que les Juifs sont atteints moins fréquemment que les chrétiens par la tuberculose pulmonaire : 35,48 0/0 de Juifs pour 40,26 0/0 de chrétiens. Pour les autres affections des voies respiratoires, la race juive ne présente aucune particularité. Les observations semblent indiquer tout au plus que ce qu'on appelle la paresthésie et la toux de la gorge sont beaucoup plus fréquentes chez les Juifs ce que l'on peut attribuer toutefois à l'hypernervosité de la race juive. De l'avis de Sokolowski cette dernière serait due à des causes très diverses de nature économique, psychique et sociale auxquelles les Juifs ont toujours été en butte au cours des siècles de leur immigration dans l'ouest de l'Europe et dans les dernières dizaines d'années en Russie.

Chez les peuples peu ou pas cultivés, ce sont surtout deux facteurs qui semblent produire ou augmenter notablement la prédisposition à la tuberculose, c'est-à-dire les relations avec les Européens et en seconde ligne la syphilis.

C'est ainsi que des expériences faites par El. Metschnikoff, Burnet et Tarassewitsch dans les steppes habitées presque exclusivement par des Kalmouks, bornées à l'est par la mer Caspienne, au nord par le Volga et à l'ouest par les Cosaques du Don, ont montré que la tuberculose est beaucoup plus fréquente à la périphérie de ces régions qu'au centre. C'est surtout le voisinage des populations fixes qui répand la tuberculose parmi les Kalmouks. Les Kalmouks adultes qui quittent leurs steppes et viennent habiter pour longtemps dans les villes où ils se livrent à l'étude, sont fréquemment atteints par la tuberculose, qui entraîne assez souvent la mort. Cet ouvrage est accompagné de tableaux très instructifs.

Il résulte des travaux de Kitasato que la mortalité-tuberculeuse croît au Japon dans toutes les classes. Il est aussi intéressant de constater que le type tuberculeux bovin n'a jamais été rencontré dans l'analyse bactériologique des expectorations d'un grand nombre de phtisiques. Des recherches expérimentales ont montré que les bêtes bovines du Japon sont moins sensibles que les nôtres aux bacilles de la tuberculose, de sorte que les nombreux cas de tuberculose humaine sont loin de correspondre à une fréquence particulière de la maladie chez les bêtes bovines.

Au Cameroun, d'après Külz, la tuberculose est loin d'être aussi répandue qu'en Europe. L'auteur est d'avis que les relations avec les blancs contribuent certainement à transmettre la tuberculose à la race noire. Dans la Colonie du Cap, le nombre des cas de maladie et le chiffre de la mortalité ont augmenté, surtout dans le voisinage des stations de traitement pour les Européens tuberculeux, tandis qu'au Cameroun il y a relativement moins d'Européens tuberculeux, ce qui est dû à ce que les personnes sont visitées pour savoir si elles peuvent supporter le climat des tropiques.

Un rapport de Turner sur la tuberculose dans les Indes fait ressortir le chiffre élevé de la mortalité-tuberculeuse dans les Indes par rapport à l'Angleterre et s'étend sur les causes de cette différence.

Les communications de Külz sur la propagation de la tuberculose dans la Colonie du Cap sont confirmées et complétées par J. B. Brook. Cet auteur a observé parmi les indigènes du sud de l'Afrique une induration fibreuse très répandue de la pointe des poumons, de nature non tuberculeuse, accompagnée fréquemment de gonflements des glandes. Ces symptômes sont dus sans doute à un reste de syphilis d'où proviendrait, de l'avis de l'auteur, l'énorme propagation de la tuberculose, parce que le corps affaibli par la syphilis perd sa résistance à l'infection tuberculeuse. Ceci s'applique surtout aux indigènes travaillant dans les mines.

Les résultats des recherches concernant la tuberculose dans les Etats-Unis d'Australie sont également intéressants. D'après Loydold 8,42 0/0 des décès de toute sorte en 1909 sont dus à la tuberculose. La plupart ont été victimes de la tuberculose pulmonaire. Plus des 2/3 sont morts entre 15 et 50 ans. La mortalité des femmes entre 15 et 35 ans est plus grande que celle des hommes, tandis que la mortalité des hommes augmente d'une façon surprenante aux âges plus avancés. Trois quarts (72 0/0) des personnes mortes de tuberculose étaient nées en Australie. La mortalité par suite de la tuberculose a augmenté parmi les habitants avec la durée de leur séjour. C'est à Victoria que la mortalité-tuberculeuse a été la plus grande. En Australie elle est inférieure à celle du pays de Galles, de la Belgique, de la Hollande, de l'Allemagne et de la Suisse.

Il résulte de l'ouvrage très intéressant et très vaste de Ruge, en ce qui concerne l'Egypte, que les fellahs, les Bédouins et les Nubiens sont presque exempts de tuberculose à la campagne. Mais les conditions changent immédiatement dès que les indigènes viennent dans les villes. Les Arabes des villes, les Koptes et les Berbères, qui se placent surtout dans la Basse-Egypte comme domestiques ou portiers dans les hôtels, sont atteints de tuberculose d'une façon véritablement effrayante et les enfants des Nubiens encore plus. On retrouve des conditions analogues à Tunis, en Algérie et au Maroc, où la tuberculose est très répandue parmi les indigènes dans les villes, tandis qu'elle n'existe presque pas à la campagne. Ce qui se passe dans le nord de l'Afrique montre particulièrement bien l'influence pernicieuse du contact avec la civilisation sur l'état sanitaire des indigènes relativement à la tuberculose et la destruction de l'immunité qui existait auparavant.

Petite Enquête chirurgicale (1)

(*Suite*)

A qui doit appartenir une balle reçue par un blessé? Au chirurgien qui l'a extraite, ou au blessé qui l'a reçue? Tel est l'objet de l'enquête toute d'actualité poursuivie actuellement par *la Gazette médicale de Paris* auprès de ses lecteurs.

XXIV

M. Allard, ancien médecin-major de l'armée durant la campagne de 1870-1871, émet un avis que ne saurait désapprouver aucun homme de science.

Monsieur l'Administrateur.

Je suis d'avis que tout corps étranger extrait de la personne d'un patient, est bien et dûment sa propriété, si ce corps étranger n'intéresse que lui. Mais, dans le cas où il serait démontré que ce corps étranger pourrait être un sujet d'études pour l'opérateur, le patient doit perdre ses droits, à titre de restitution à la société, en compensation du service qui lui a été rendu à lui-même.

Agréez, je vous prie, Monsieur l'Administrateur, l'assurance de mes sentiments distingués.

Dr S.-J. Allard.

XXV

M. Guiffard, avocat à la Cour, nous adresse la consultation suivante :

Monsieur le Directeur,

Vous me demandez mon opinion sur la question de la propriété d'une balle reçue par un blessé et extraite par un chirurgien. Je suis d'avis qu'elle est et reste la propriété du blessé.

1° A son point de vue à lui, elle s'est incorporée à sa personne, est devenue un accessoire qui suit le principal ; celui qui l'a lui a envoyée

(1) Voir la *Gazette médicale de Paris*, n° 193, du 9 avril 1913, p. 112; n° 194, du 16 avril, p. 118; n° 195, du 23 avril, p. 128; n° 196 du 30 avril, p. 138; n° 197 du 7 mai, p. 144.

ne l'a point fait pour qu'elle lui soit enlevée, au contraire, il désirait évidemment que le blessé la conservât dans son corps et jusqu'à sa mort. On la lui a donc donnée *animo donandi*. Il est un possesseur régulier, de bonne foi, par suite propriétaire dans les termes de l'article 2279. Il ne saurait être dépossédé de cet objet par qui que ce soit, fût-ce par le chirurgien qui a procédé à l'extraction.

2° Au point de vue du chirurgien, quel est son rôle ? Il opère le blessé en vertu d'un contrat de louage d'ouvrage. Il ne saurait devenir propriétaire de l'ouvrage ou de ses résidus, puisqu'il travaille pour le compte de son client ; il n'a pas plus de droit sur la balle extraite que l'ouvrier qui a arraché un arbre pour le compte d'un propriétaire n'a de droit sur cet arbre.

Voilà, me semble-t-il, la solution juridique de la question. Je serais fort étonné que des juristes en proposassent une autre. Peut-être ne serons-nous pas d'accord avec les chirurgiens. Mais la chirurgie est une chose, et le droit en est une autre.

La thèse de la propriété du chirurgien conduirait logiquement aux conséquences les plus extravagantes : nous arriverions à la propriété de l'accoucheur sur le bébé qu'il a extrait des entrailles maternelles !...

Je m'arrête, car l'avocat ferait place à l'humoriste et ce n'est certainement pas pour cela que vous m'avez consulté.

Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments distingués et dévoués.

L. GUIFFARD.

XXVI

M. Rodolphe Rousseau, avocat à la Cour, nous adresse la réponse suivante :

Monsieur le Directeur de la *Gazette Médicale de Paris*,

Monsieur,

Vous voulez bien me demander mon avis sur la question de savoir si un blessé est propriétaire du projectile qu'il a reçu ou si ce projectile devient la propriété du chirurgien qui en fait l'extraction.

Après avoir mûrement réfléchi à cette intéressante question, j'estime, pour mon compte, que le projectile reste la propriété du blessé.

Le chirurgien qui a procédé à l'extraction accomplit un acte de sa profession et je cherche vainement les raisons qu'il pourrait invoquer pour prétendre à la propriété du projectile que son habileté lui a permis d'extraire du corps du patient.

Permettez-moi d'ajouter que cette question intéressante en théorie ne paraît pas avoir un grand intérêt pratique. Dans quel but le chirurgien peut-il vouloir conserver une balle qu'il a extraite, est-ce pour attester son habileté ? Non, sans doute. Le blessé, au contraire, désire conserver comme souvenir le projectile qui pouvait causer sa mort.

Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

RODOLPHE ROUSSEAU.

XXVII

M. Gérault-Carion, avocat à la Cour, estime que seul le blessé est le véritable maître du projectile.

Mon cher Directeur,

C'est incontestablement le blessé qui est propriétaire de la balle reçue par lui. Il en a acquis la propriété par voie d'accession, comme le propriétaire d'un champ devient propriétaire des alluvions dont la rivière augmente ce champ.

D'autre part, il n'a pas — à moins que des conventions spéciales et expresses ne soient intervenues — abandonné son droit de propriété. En chargeant le chirurgien d'extraire la balle, il n'a contracté avec celui-ci qu'un louage d'ouvrage. Une fois son travail accompli, le chirurgien n'a aucun droit sur les déchets de l'opération qui ne cessent pas d'appartenir à leur ancien propriétaire.

Voilà en quelques mots la réponse à la question que vous m'avez posée.

Croyez-moi votre bien dévoué.

G. GÉRAULT-CARION.

XXVIII

M. Paul Watrin, avec ses confrères légistes, est d'accord pour ne reconnaître comme légitime possesseur de la balle extraite que le blessé qui l'a reçue.

Monsieur l'Administrateur,

Le projectile reçu par un blessé lui appartient indiscutablement : c'est un trophée qu'il peut être fier de conserver et de laisser aux siens.

Et ici les règles du droit ne viennent pas contrecarrer les considérations morales : si nous raisonnons par analogie, ce n'est pas au maçon qui répare une maison qu'appartiennent les obus que celle-ci a pu recevoir, mais bien à celui qui possède l'immeuble ; de même le terrassier ne peut s'approprier le trésor que le propriétaire d'un terrain sait qu'il doit y trouver.

Merci mille fois, Monsieur l'Administrateur, de m'avoir fait l'honneur de me demander mon opinion et croyez à mes sentiments très distingués.

PAUL WATRIN.

RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

De l'emploi du Sérum du Cheval en Chirurgie

L'emploi des différents sérums d'animaux immunisés, dans le traitement des maladies infectieuses, a montré qu'à côté de leur action antitoxique due à la présence d'anticorps provenant de l'immunisation, existaient d'autres propriétés histogénetiques et chimiotoxiques dues au *sérum lui-même*.

Un sérum agira donc d'une part par ses propriétés immunisatrices et d'autre part par ses propriétés sériques. Jusqu'à ces derniers temps on avait recours au sérum antidiphtérique pour toutes les applications autres que diphtériques, où la sérothérapie était indiquée, mais aujourd'hui on a recours au sérum normal provenant de chevaux sains, non immunisés (1). De ses propriétés sériques nous en retiendrons surtout une qui semble devoir révolutionner, d'une part l'art de la chirurgie conservatrice, et d'autre part la pratique des pansements.

A la suite d'un traumatisme quelconque, il y a toujours inflammation, diapédèse, appel de sérum sanguin au point lésé, et c'est dans ce bain sérique, dans ce milieu vital que les cellules lésées par le traumatisme vont se réparer, s'accroître, bourgeonner et cicatriser définitivement la plaie. En appliquant sur une plaie du sérum normal, nous ne ferons donc qu'imiter et qu'aider la nature dans son œuvre de réparation cellulaire. Ainsi donc : en présence d'une plaie, d'un ulcère variqueux, d'une greffe à cicatrisation difficile, d'une brûlure ne s'épidermisant pas, malgré tous les traitements classiques employés en pareils cas, il faut avoir recours aux pansements de *sérum*. En agissant ainsi, vous vous rapprocherez de ce que les Anglais appellent « le self défense » et dans la très grande majorité des cas, vous aurez un résultat rapide, surprenant et définitif.

Il semble donc, qu'après bien des tâtonnements, la chirurgie soit arrivée à une nouvelle phase rationnelle de progrès.

A la période d'aseptie brutale, de phobie microbienne que nous avons vu éclore au début de l'école listéro-pasteurienne, a succédé la période plus sage de l'asepsie, qui est la période actuelle.

L'emploi du sérum normal, doué de propriétés vitales qui en font le milieu de régénération des cellules lésées, conduira la chirurgie contemporaine à une période de complet succès.

(1) Le Laboratoire OLIVIÉRO, 87, rue Denfert-Rochereau, Paris, vulgarisateur de cette nouvelle méthode de pansements, délivre du sérum de cheval desséché se conservant indéfiniment, d'un emploi très pratique.

REVUE CLINIQUE

Purpura rhumatoïde à syndrome abdominal simulant une appendicite

Par M. le Docteur BAUDET

Les accidents abdominaux sont assez fréquents au cours des purpuras. C'est particulièrement dans la variété rhumatoïde que se rencontrent les phénomènes intestinaux. Ce purpura rhumatoïde, dont l'autonomie est actuellement bien admise, est caractérisé par la triade symptomatique suivante :

1° Eruption purpurique plus ou moins symétrique, siégeant principalement aux membres inférieurs et autour des articulations ;

2° Douleurs rhumatismales plus ou moins intenses, avec ou sans gonflement articulaire ;

3° Troubles gastro-intestinaux, généralement peu marqués, consistant en état nauséeux, douleur épigastrique, diarrhée, mais parfois très intenses et pouvant être tellement prononcés qu'ils changent complètement le tableau clinique de l'affection au point d'induire le clinicien en erreur quand l'exanthème ne survient que quelque temps — parfois plusieurs jours — après les symptômes abdominaux.

Vous allez en avoir un exemple des plus nets dans l'observation suivante (1) :

B..., dix-neuf ans, engagé volontaire dans un régiment d'artillerie, passait dans sa famille son congé de Noël. Le 29 décembre, pendant le repas du soir, B... ressent subitement une vive douleur abdominale, est pris de vomissements, d'abord alimentaires, bilieux ensuite pendant la nuit. Le lendemain, le ventre est légèrement douloureux spontanément et à la pression surtout de la fosse iliaque droite. Les vomissements persistent, porracés, incoercibles. Hypothermie à 36°3 au rectum. Le pouls est remarquablement régulier à 80. Diète absolue, glace sur le ventre.

Le 31 décembre, l'intolérance gastrique est aussi marquée, les vomissements continuent et commencent à se teinter en brun-chocolat. Le ventre est très douloureux à la palpation, la paroi abdominale est contracturée. Extrémités froides ; hypothermie centrale à 36°. Le docteur Armengau se demande s'il n'est pas urgent d'intervenir contre ces phénomènes péritoniques qu'il attribue à une appendicite grave. Dans la nuit, le malade a une entérorragie abondante, grosse évacuation de sang rutilant. Le pouls bat à 90°.

Le lendemain matin, 1er janvier 1913, les signes alarmants de la nuit se sont amendés : la température rectale est un peu remontée, 37°, le pouls est bon à 80°, le faciès sans altération, les vomissements ont cessé, les douleurs abdominales sont moins vives, le ventre n'est pas ballonné mais souple, à la pression nous ne percevons aucune collection, aucun empâtement. Un fait à noter, cependant, la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque droite, sur la projection pariétale du point de Mac-Burney, là où reposait la vessie de glace, présente une tache noirâtre, ecchymotique, large et irrégulière, tache que nous ne savons à quoi attribuer, pas même à une gelure de la paroi par l'application glacée, l'interposition de flanelle ayant toujours été scrupuleusement observée. Parce que très perplexes sur l'ensemble de ces phénomènes péritoniques et légèrement confiants dans l'amélioration constatée, nous décidons de ne pas intervenir de suite et de surveiller étroitement le malade.

En effet, les 3, 4, 5, et 6 janvier le mieux s'accentue, la température rectale remonte légèrement et se maintient à 37°. Pouls toujours parfait. Le 7 les vomissements reprennent incoercibles ; le pouls s'accélère à 100, le

(1) Observation recueillie par M. le docteur Armengau.

facies est altéré et le malade se plaint de violentes douleurs articulaires au niveau des poignets, des coudes et des épaules. Le ventre n'est pas douloureux. Température 37°3. Le lendemain, les articulations des poignets sont empâtées et très douloureuses, celles de l'épaule et du genou sont également douloureuses mais à un degré bien moindre. On ne peut mobiliser le malade sans le faire crier. Dans la soirée, violente épistaxis et légère hématémèse.

Le 9 janvier, nous sommes enfin édifiés par l'apparition de l'éruption purpurique. Une large ecchymose couvre le menton du malade, des taches apparaissent sur le front, aux coudes, s'étendent aux aiselles, dans le dos. La face antérieure des jambes, la face postérieure des doigts et des avants-bras sont converts d'éléments éruptifs. Les douleurs abdominales à type appendicite sont de nouveau très vives, les vomissements ont repris. Traitement : chlorure de calcium en potion, sérum de cheval.

Le 11 janvier, détente marquée dans les manifestations cutanées et abdominales. L'état général est meilleur, le pouls a repris son rythme de 80, la température est à 37°. Les jours suivants, cette amélioration continue en s'accentuant. Une alimentation très prudente et progressive remonte vite le malade.

Le 15 le purpura commence à pâlir ; le jeune homme se lève. Sa convalescence est aujourd'hui complète, sauf la présence de quelques légères douleurs articulaires persistant encore à l'épaule et au poignet droits.

Ce cas clinique, quoique peu fréquent, n'est pas d'une extrême rareté. Guinon et Vieillard en ont rapporté un certain nombre de semblables. Vieillard (1) et Lavallée (2) ont fait des accidents abdominaux au cours des purpuras le sujet de leur thèse. Dans certaines observations de Guinon et Lavallée, on pensa plusieurs fois à une appendicite. Mais presque toujours il y avait quelque signe qui ne cadrait pas pleinement avec ce diagnostic : selles sanglantes, œdème de la face *et surtout persistance d'un pouls sans altérations.*

Le diagnostic de ces accidents abdominaux est partant facile si la poussée purpurique les précède. La nature de l'affection est ainsi connue ; il y a l'éruption caractéristique, les éléments classiques : douleurs, vomissements, diarrhée sanglante. Le diagnostic est, par contre, extrêmement difficile si l'éruption n'existe pas au moment des crises ; mais, en réalité, nous ne faisons pas le diagnostic d'appendicite avec le seul symptôme douleur, mais bien sur un ensemble, sur une suite de symptômes qui légitiment notre conduite opératoire. *La surveillance étroite du pouls et de la température* du malade pourra seule nous éviter toute méprise.

Pour terminer, quelques mots sur la pathogénie de ces crises abdominales. On les attribue à de la paralysie intestinale causée par un exanthème intestinal pouvant donner lieu aux hémorragies intestinales ; ou bien, pour d'autres auteurs, ce syndrome abdominal serait dû à une hémorragie surrénalienne ou à une irritation du plexus solaire.

Quant à la pathogénie du purpura rhumatoïde lui-même, plusieurs auteurs, dont Hutinel et Lavallée, estiment que la tuberculose est sinon la cause, du moins le terrain sur lequel poussent ces accidents. On retrouve, en effet, la tuberculose chez beaucoup de malades atteints de purpura ou dans leurs antécédents. C'est ainsi que chez le malade de notre observation, si des accidents tuberculeux ne sont pas nettement décelables en ce moment, il est cependant avéré que son père est mort tuberculeux et que son frère est également mort d'une tuberculose certaine (3).

(1) Vieillard, thèse de Paris, 1907.
(2) Lavallée, thèse de Paris, 1911.
(3) *Soc. de Chir. de Toulouse.*

REVUE DE PATHOLOGIE

L'angine de poitrine tabagique

Par M. le Docteur Ch. FIESSINGER

C'est une opinion accréditée que d'imputer à l'action du tabac des accidents graves d'angine de poitrine. Rien n'est moins certain.

Certaines névralgies angineuses sont produites par le tabac. Elles demeurent bénignes et guérissent avec la suppression de l'agent toxique.

Quand la mort s'ensuit, un autre élément est en cause et c'est la syphilis.

L'auteur cite l'histoire de trois malades atteints de troubles angineux graves attribués au tabac. En réalité la réaction de Wasserman a montré qu'il s'agissait de syphilis méconnues. Le traitement mercuriel, chez ces sujets qui avaient, sans succès, épuisé toutes les médications, a amené une amélioration immédiate.

Il ne convient pas de porter le diagnostic d'angine de poitrine tabagique grave, *d'angine scléro tabagique*, comme l'appelait Huchard, sans avoir écarté soigneusement l'idée de syphilis.

REVUE DE CHIRURGIE

Hernie ombilicale et ventre en besace. Cure radicale et lipectomie

par M. le Dr BARTHELEMY

Il s'agit d'une femme de 30 ans, de bonne santé habituelle, mariée et mère de deux enfants. Autrefois très alerte, elle a eu des accouchements assez pénibles à la suite desquels elle est restée déformée. Sa taille s'est élargie, sa paroi abdominale s'est étalée. Elle a engraissé d'une façon prodigieuse et elle s'est ainsi trouvée encore jeune, presque impotente. Elle vient alors vers le mois d'août à la consultation, ne pouvant plus se livrer à aucun travail sans essoufflement et se plaignant de tiraillements douloureux incessants dans les régions lombaires et dans la paroi abdominale. Elle pèse 92 kilog. Un énorme tablier adipeux lui retombe sur les cuisses. L'abdomen mesure de l'appendice xiphoïde au pubis 41 centimètres et 136 centimètres entre les deux épines iliaques. Si on fait étendre la malade, toute cette masse flotte comme un bloc de gelée. La cicatrice ombilicale n'est nullement distendue et il n'y a aucune apparence de hernie. Mais en saisissant le repli adipeux en totalité entre les deux mains au niveau de l'ombilic et en s'efforçant de rejoindre les extrémités des doigts, la paroi étant relâchée, on a la sensation d'une hernie qui se réduit et dont le sac qui n'a pas distendu l'ombilic est probablement étalé entre les plans profonds. La malade accepte très volontiers une intervention qui aura pour but de supprimer cette énorme tranche de graisse, de guérir la hernie et de restaurer la paroi. La malade ne pouvant entrer de suite, on lui perscrit en attendant, un régime d'amaigrissement, des laxatifs et des grands bains.

En novembre, elle entre à l'infirmerie, ayant, dit-elle, encore un peu engraissé. Bien que les urines soient normales et le cœur en bon état, il semble plus prudent de commencer l'intervention sous anesthésie locale. Après injection de 1 centigramme de morphine, on met la malade en légère déclivité et on pratique une série de 30 injections de novococaïne adrénaline, soit 30 centigrammes de novococaïne traçant la ligne d'incision dans le pli sus-pubien. On traverse ainsi les téguments et un pannicule adipeux d'une hauteur moyenne de 6 centimètres clivé en deux plans. Il se laisse très facilement séparer au plan aponévrotique, sans hémorragie appréciable. Il n'est besoin d'appliquer qu'une pince de chaque côté sur un vaisseau perforant. On arrive aisément et presque sans douleur, grâce à l'action de la morphine, à opérer ce décollement plutôt par des sections que par des tractions bien plus douloureuses. On peut alors contourner l'ombilic. A ce niveau on voit le pédicule du sac mince et vide et à son côté, un gros tampon graisseux interposé dans l'anneau et qui se continue sans transition, d'une part, avec la graisse sous-cutanée, d'autre part, avec la graisse sous-péritonéale. Ce tampon est lié et sectionné ainsi que le sac. L'anneau est d'abord resserré par une suture en bourse au fil de lin. Une seconde suture longitudinale enfouit la première. Au-dessus de l'ombilic, à droite et à gauche de la ligne médiane, on procède à l'exécution, toujours au fil de lin, d'une série de points en U échelonnés, puis d'une deuxième série enfouissant la première, constituant ainsi un certain nombre de colonnettes musculo-aponévrotiques bilatérales. On s'arrête quand la paroi ne s'y prête plus en raison de sa tension. A ce moment, la malade qui n'a pour ainsi dire pas souffert jusqu'ici reçoit un peu de chloroforme et s'endort facilement, se trouvant encore sous l'action de la morphine. Aussitôt tout le panicule relevé est sectionné très rapidement par une longue incision transversale curviligne dont les deux extrémités rejoignent celles de la première incision. Cette incision passe à deux doigts au-dessus de l'ombilic. L'écartement entre les deux lèvres de la plaie est de 22 centimètres. Chaque lèvre est saisie dans une griffe. La lèvre supérieure est très légèrement décollée et les deux lèvres se rapprochent très exactement. On passe rapidement quelques grands points d'approche et de soutien au fil de lin, puis on affronte avec le plus grand soin les deux lèvres de la plaie au moyen de 25 points de crins de Florence. Pas de drainage. La durée totale de la chloroformisation a été de 20 minutes et elle a été bien supportée. Il n'y a pas eu la moindre élévation de température. La réunion a eu lieu *per primam*.

L'abdomen mesure maintenant 34 centimètres au lieu de 41, de l'appendice xiphoïde au pubis, et 125 au lieu de 136 entre les deux épines iliaques. La malade ne pèse plus que 82 kilos au lieu de 92, grâce au régime qu'elle a continué à suivre, à l'amélioration considérable de son état général et enfin à la soustraction d'un pannicule du poids de 2 kilos. Elle a retrouvé toutes ses forces et paraît très alerte.

Cette observation présente quelques points intéressants :

Le mode de développement de la hernie ombilicale qui s'était étalée entre l'aponévrose superficielle et le pannicule adipeux qu'elle n'a pu traverser pour distendre la cicatrice ombilicale comme à l'ordinaire. Ces hernies que l'on pourrait appeler sous-panniculaires peuvent facilement passer inaperçues si on n'est pas prévenu de la possibilité de leur existence.

Le tampon adipeux très épais et très dense interposé entre l'anneau et le sac est en rapport avec l'hypertrophie adipeuse générale. Il contribuait bien plus à dilater l'anneau qu'à l'obturer et devait gêner évidemment la réduction des anses sorties. Il pouvait donc favoriser un étranglement. En cas d'amaigrissement brusque, et de disparition de ce tampon on se serait trouvé en présence d'une véritable éventration. C'est d'ailleurs ce qui se produit après la disparition des lipomes préherniaires ; mais il y a lieu de bien distinguer ce tampon juxta-herniaire de ces lipomes.

Au point de vue clinique, l'association des anesthésiques : morphine, novocaïne, chloroforme, semble avoir été la meilleure méthode. On sait combien les obèses à cœur gras supportent mal les chloroformisations un peu longues. Il est démontré que les tissus graisseux sont ceux qui emmagasinent le plus de chloroforme et le retiennent pendant le plus long temps. Avec cette méthode mixte, la malade n'a pas eu le moindre choc et l'intervention s'est effectuée avec la

plus grande facilité. Nous devons ajouter que dès qu'elle a été reportée dans son lit elle a été maintenue dans une position demi assise dont elle se trouvait fort bien et qui évitait la stase pulmonaire tout en aidant à la cicatrisation de la paroi.

Aucun drainage n'a été établi, et pourtant bien des opérateurs disposent deux gros drains et signalent un abondant écoulement de sérosité graisseuse pendant les jours suivants. Ici aucune accumulation de sérosité n'a pu être constatée malgré l'absence complète de drainage et il n'y a pas eu d'élévation de température (1).

Fistule urétro-pénienne guérie par dérivation périnéale temporaire des urines et urétroplastie en une seule séance

par MM. les Drs P. ANDRÉ et ANDRÉ BŒCKEL.

La cure des fistule urétrales de quelques dimensions était considérée jusqu'il y a quelques années comme très ardue.

Même après les interventions les plus correctes, les sutures les plus méthodiques, la sonde à demeure, dont l'emploi paraissait indispensable, infectait presque toujours la plaie opératoire et rendait sa réunion difficile et incertaine.

Aussi, la *dérivation temporaire des urines* en amont de la fistule représente-t-elle un adjuvant fort précieux du traitement. Préconisée ces derniers temps par Rochet, Gabot, ses principaux promoteurs, cette dérivation est indiquée dans Marion, Heitz-Boyer, Choltzov (2), etc..., pour ne citer qu'un assez grand nombre d'interventions sur l'urètre ; nous ne parlerons ici que du traitement des *fistules* urétrales.

Appliquée surtout aux fistules urétro-périnéales, les plus difficiles à guérir, la dérivation temporaire rend également des services dans les cas de fistules *urètro-péniennes*, dont elle facilite et hâte la guérison.

L'observaion snivante, qui a trait à un opéré de notre service en fait foi :

OBSERVATION. — J..., Georges, 19 ans, se présente, le 10 octobre 1912, à la consultation externe des maladies des voies urinaires pour une rétention d'urine presque complète.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Rien d'intéressant à signaler. Pas de blennorragie, affirme énergiquement le malade.

Antécédents personnels. — Phimosis congénital très serré, rendant la miction difficile ; parfois incontinence d'urine dans l'enfance. De temps à autre les difficultés de miction augmentaient et alors apparaissaient des douleurs rénales.

Il y a trois ans, symptômes de cystite intense avec hématuries terminales ; œdème de la verge; bientôt la miction devint presque impossible, et il se produisit un abcès urineux qui nécessita (à Belfort) une incision à la face inférieure du pénis à 4 cent. 1/2 du méat et deux incisions hypogastriques ; le chirurgien pratiqua en outre la circoncision et dilata pendant quelque temps le canal du malade (pendant six semaines environ).

Depuis cette époque, le malade est resté porteur d'une *fistule urétro-pénienne*, l'incision au niveau de la verge ayant intéressé l'urètre ; l'urine passe cependant encore en partie par le méat.

Colique néphrétique en septembre 1912, non suivie d'expulsion de calcul. Le 9 octobre, nouvelle colique. La nuit suivante, soudain, pendant une miction, le malade éprouve une sensation d'un corps étranger s'engageant dans l'urètre ; le jet d'urine s'arrête. Depuis ce moment, il n'urine plus que goutte à goutte. Le 10 octobre au matin, il se présente à l'hôpital.

Etat actuel (10 octobre). — L'examen de la verge est seul important : cicatrices des opérations antérieures. A 4 cent. 1/2 du méat, on note l'existence d'une *fistule urétrale* arrondie, de près d'un centimètre de diamètre, circonscrite par un anneau de tissu induré. Il n'y a pour ainsi dire pas de trajet » ; la paroi supérieure du canal est nettement visible.

A 2 centimètres en arrière de la fistule, on sent nettement à la palpation un corps dur, du volume d'un noyau de cerise, qu'on localise dans l'urètre. Une bougie filiforme introduite par le méat dans le canal passe à frottement et donne nettement la sensation d'un corps étranger. La vessie est distendue et les souffrances sont assez vives.

M. Grandineau, interne du service, pratique séance tenante l'extraction du corps étranger au moyen d'une pince de Collin introduite par le méat. Il s'agit d'un *calcul* uro-phosphatique de forme ovalaire. Dès lors, le malade urine sans difficulté.

Mais l'exploration du canal révèle des rétrécissements multiples dans l'urètre pénien ; un explorateur n° 15 donne la sensation d'une paroi très indurée et rétrécie sur plusieurs centimètres. L'urètre périnéal présente un calibre normal.

Le malade est admis dans le service de M. André, et des dilatations progressives élargissent le canal au point de laisser passer une bougie n° 18.

Comme il est impossible d'obtenir une dilatation plus forte, on pratique une *urétrotomie interne*, le 26 octobre 1912. *Urétrotomie complémentaire* avec les Béniqués tranchants, cinq jours après.

Après quelques séances de dilatation, ou arrive à passer le n° 56 Béniqué.

Le 19 novembre 1912, on procède à une *intervention* destinée à oblitérer la fistule : novocaïne lombaire. On fait d'abord une urétrotomie périnéale et, par l'orifice ainsi créé, on introduit une sonde en gomme 19 jusque dans la vessie ; cette sonde laissée à demeure, ayant pour but de *dériver* temporairement les urines, afin d'éviter la suppuration qu'aurait certainement amenée la présence d'une sonde à demeure au niveau de la fistule. Puis, on procède dans la même séance à *l'oblitération* de cette dernière : incision circonscrivant la fistule, dissection des téguments tout alentour pour dépasser les tissus indurés. En somme, on procède par dédoublement comme dans la cure des fistules vésico-vaginales. Suture en bourse mucomuqueuse non perforante ; enfouissement de cette dernière au moyen de quelques points séparés au catgut, puis réunion de la peau au crin de Florence.

26 novembre. — Ablation des fils cutanés ; malgré la sonde de dérivation, un peu de liquide a suinté au niveau du méat ; la plaie suppure très légèrement.

30 novembre. — La sonde à demeure périnéale est retirée.

1er décembre. — L'opéré urine à la fois par le périnée et le méat. Pas de suintement au niveau de la fistule.

3 décembre. — La fistule périnéale est oblitérée. Mictions exclusivement par le méat.

4 décembre. — Quelques gouttes d'urine apparaissent, pendant la miction, au niveau de la plaie pénienne qui suppure très légèrement.

6 décembre. — La plaie opératoire est complètement cicatrisée. La suppuration a disparu ainsi que l'écoulement d'urine.

8 décembre. — L'opéré quitte l'hôpital, complètement guéri. Il reviendra sous peu pour faire dilater son canal.

10 décembre. — Lettre du malade : la guérison s'est maintenue.

Cette observation présente plusieurs points intéressants ; et tout d'abord *l'étiologie du rétrécissement* ; la sténose urétrale, qui a été la cause de l'abcès urineux opéré jadis, est due très vraisemblablement au phimosis très serré de notre malade et à la balanite consécutive. C'est là une cause rare de rétrécissement, sur laquelle Jaboulay a vivement insisté. Chez notre opéré, nous croyons que l'inflammation balanique s'est propagée au canal et qu'il s'est constitué ultérieurement un rétrécissement inflammatoire. Ce qui le prouve, c'est, bien plus encore que la négation de toute blennorragie, le fait que seule la portion toute antérieure du canal, l'urètre pénien autrement dit, est rétrécie ; il n'en est pas de même dans les sténoses blennorragiques, le rétrécissement le plus serré siégeant alors toujours au niveau du cul-de-sac du bulbe.

Nous signalerons aussi la rétention d'urine presque complète occasionnée par la présence du *calcul urétral* et la facilité d'extraction de ce dernier par les voies naturelles, car, dans bien des cas analogues on est obligé d'avoir recours à l'urétrotomie externe.

Nous n'insistons pas sur d'autres détails, car notre but, en relevant cette observation, est surtout d'attirer l'attention sur *l'urétrotomie de dérivation* que nous avons pratiquée et qui a permis au malade de guérir si rapidement. Il s'est produit, il est vrai, une très légère suppuration au niveau de la plaie opératoire et un léger écoulement d'urine à ce niveau, mais cette petite complication a été toute *passagère*, et certainement si nous avions mis une sonde à demeure (du méat à la vessie), les suites auraient été bien plus longues. La plaie aurait certainement suppuré d'une façon bien plus intense, et la fistule aurait eu de grandes chances de se reproduire.

Quant à pratiquer l'urétroplastie pure et simple sans dérivation et sans sonde à demeure, nous aurions pu le faire. N'avons-nous pas opéré ainsi tout récemment un épispadias ? le malade a guéri très rapidement.

Cependant, dans le cas présent, cette façon de procéder aurait été moins bonne, étant donné que les urines étaient légèrement infectées, et il nous a paru préférable de faire une urétrotomie temporaire.

Nous espérons que notre malade se représentera régulièrement pour se faire dilater, car ce point est essentiel pour le maintien de sa guérison. Il devra suivre aussi un régime destiné à éviter la formation de nouveaux calculs dans ses reins, car la pierre urétrale qui a été extirpée semble bien être d'origine rénale.

— Au sujet de cette communication, M. Frœlich fait observer que, sans nier les cas d'urètre double qui ont été signalés, il semble que le malade soit plutôt atteint d'épispadias (1).

(1) Soc. de Méd. de Nancy.

(2) Pour l'étude historique chronologique de la question, consulter la récente thèse de Guillaume (G.). — De la dérivation temporaire des urines dans les interventions sur l'urètre. *Thèse de Paris*, 1912.

REVUE DE NEUROLOGIE

Sur un Cas complexe d'Encéphalite en Foyers disséminés : Paraplégie cérébrale progressive

Par MM. les Docteurs L. BÉRIEL et Ch. GARDÈRE

L'étude des paraplégies de cause cérébrale a donné lieu à de multiples travaux : Raymond, P. Marie et leurs élèves (Léri, Crouzon, Lhermitte, Lejonne, etc.) ont fourni des données capitales pour leur connaissance ; ces paralysies restent cependant encore sujettes à de nouvelles recherches. Leur domaine empiète en partie sur les paraplégies des vieillards, dont un certain nombre sont d'origine encéphalique, alors que d'autres relèvent d'altérations médullaires (De-

(1) Soc. de Méd. de Nancy.

mange, Pic et Bonnamour) on même musculaires (Lhermitte).

Les paraplégies du vieillard de cause cérébrale ont été étudiées par Lhermitte dans sa thèse sous le nom de paraplégies lacunaires, ce syndrome s'opposant aux hémiplégies lacunaires de P. Marie. Mais, à côté de ces paraplégies lacunaires à évolution très lente, se placent des faits à symptômes analogues, mais à marche nettement progressive pouvant survenir chez l'adulte et dues à des lésions inflammatoires en foyers disséminés. Le cas suivant, observé dans le service de l'un de nous, en est un exemple assez caractérisé; nous n'en donnerons ici qu'un résumé.

Il s'agissait d'un homme de 49 ans, fumiste, hospitalisé dans le service des maladies nerveuses le 16 août et décédé le 16 octobre 1912. Le malade, qui avait quelques antécédents familiaux bacillaires, avait fait autrefois quelques excès alcooliques; il avait vu sa maladie se développer depuis un à deux mois. Ce furent d'abord des troubles de la marche, puis de la difficulté de la parole. On constata dans le service des troubles moteurs importants, presque exclusivement localisés, au début tout au moins, aux deux membres inférieurs, avec une prédominance légère pour la jambe droite. Ces troubles consistaient en état spasmodique avec exagération des réflexes tendineux, trépidation épileptoïde; phénomène de Babinski négatif dans les premiers temps du séjour, puis fortement positif à droite et enfin des deux côtés; incoordination; pas d'ataxie statique; marche à petits pas avec titubation; pas de paralysie proprement dite ni d'atrophie. Pas de troubles de la sensibilité.

Parole embarrassée, par moments incompréhensible; troubles irréguliers de la mémoire, pas de démence ni d'idées délirantes. Strabisme transitoire.

Ponction lombaire : liquide clair; beaucoup d'éléments cellulaires, surtout lymphocytes, avec aussi d'assez nombreux polynucléaires.

Aggravation progressive; rapidement, le malade est confiné au lit avec un état paraplégique spasmodique de plus en plus prononcé; il apparaît de la raideur dans les membres supérieurs à l'occasion des mouvements, avec de l'incoordination; la parole devient peu à peu inintelligible et bientôt le malade peut à peine émettre des grognements inarticulés. Eschares, gâtisme. Paralysie du voile, des lèvres; parésie de la face à droite, du type cérébral. Pleurer spasmodique, accélération du pouls (100). Malgré une amélioration de l'eschare et des troubles des réservoirs, la mort survient cinq mois environ après le début de la maladie, avec des troubles respiratoires. On avait fait un traitement mercuriel régulier, sans aucun résultat pendant le premier mois de séjour (injections de calomel).

A l'*autopsie*, on ne nota aucune lésion appréciable à l'œil nu, sauf une petite dépression grisâtre sur le lobe gauche du cervelet. Il n'y avait aucune modification grossière des méninges, aucun ramollissement apparent de l'écorce; athérome moyen du tronc basillaire. L'encéphale en entier fut conservé dans le formol et, après durcissement, minutieusement examiné; la masse centrale des hémisphères (non séparés les uns des autres) fut incluse dans la celloïdine et débitée en coupes horizontales sériées, colorées ultérieurement, soit à l'hématéine et au van Giesen, soit au Weigert-Loyez; les pôles occipitaux et frontaux furent débités en tranches macroscopiques vertico-transversales rapprochées, et dans les points où apparurent des lésions (lobes occipitaux) incluses et étudiées histologiquement. Le cervelet fut aussi l'objet de coupes histologiques; la moelle fut recueillie en totalité en segments et étudiée, soit au Marchi, soit à l'hématéine, au Nissl, au Weigert-Loyez.

On trouva : sur les *grandes coupes horizontales des hémisphères cérébraux*, de très nombreux petits foyers, particulièrement abondants dans la zone du noyau caudé, du noyau lenticulaire, et à un moindre degré de la capsule interne et du thalamus; ces foyers, pour la plupart microscopiques, consistaient soit en lacunes de désintégration, soit en îlots d'encéphalite diapédétique; les artères dans les golfes méningés présentaient fréquemment des lésions d'endartérite marquée : dans les mêmes points, la pie-mère était augmentée, et contenait des exsudats cellulaires nombreux.

Sur les coupes vertico-transversales des *lobes occipitaux*, on trouva, en certains points, des foyers superficiels, avec les mêmes lésions méningées et vasculaires; ici, les foyers étaient surtout des foyers d'encéphalite hémorragique bien caractérisée.

Sur le *cervelet*, lésions également corticales avec oblitération vasculaire, ici à tendance nécrosante, avec l'aspect de ramollissements superficiels.

La *moelle* présentait essentiellement des altérations dégénératives des cordons antéro-latéraux, surtout prédominantes au niveau des faisceaux pyramidaux (croisés et directs) : lésions d'autant plus marquées qu'on se rapprochait davantage des parties supérieures. Il existait aussi une dégénération légère des cordons postérieurs. Ces modifications apparentes sur les coupes colorées au Weigert, étaient aussi très nettes au Marchi.

La moelle présentait, en outre, de très minimes altérations méningées et un léger degré, en certains points, de sclérose marginale, probablement autochtone et d'origine vasculaire.

Cliniquement les caractéristiques principales étaient donc les suivantes : état spasmodique des membres inférieurs, développé peu à peu, s'étendant ultérieurement, mais toujours à un moindre degré, aux membres supérieurs : réflexes tendineux exagérés, trépidation spinale, Babinski. Ataxie du type cérébelleux. Pas d'amyotrophie ni de troubles de la sensibilité. Évolution progressive en cinq mois, avec apparition de symptômes bulbaires terminaux, lentement développés. Jamais d'ictus ni de vertiges, ni de troubles psychiques nets. Liquide céphalo-rachidien contenant en excès des lymphocytes et des polynucléaires. Insuccès du traitement spécifique. Aucune étiologie appréciable.

Anatomiquement : méningite histologique très discrète, subaiguë, médullaire et encéphalique; nombreuses oblitérations vasculaires; foyers disséminés, cérébelleux et cérébraux, d'encéphalite par places simplement diapédétique, par places hémorragique ou nécrobiotique; lacunes constituées et en voie de formation. Dégénérations secondaires de la moelle dans les faisceaux antéro-latéraux et postérieurs, de moins en moins marquées dans les parties inférieures; très légère myélite marginale d'origine vasculaire.

La nature de la maladie est ici indéterminée; elle ne paraît pas due à la syphilis; mais les altérations paraissent bien s'être produites sous l'influence d'un processus inflammatoire originellement méningé, à déterminations vasculaires. Le fait est patent pour les lésions superficielles du cervelet et de l'écorce occipitale par exemple; on voit d'ici l'épaississement inflammatoire de la séreuse avec de nombreux exsudats cellulaires; on y note aussi l'intermédiaire vasculaire (endartérite, oblitérations), qui produit, par le mécanisme de troubles circulatoires, soit des foyers de nécrose (cervelet), soit des points d'encéphalite hémorragique superficielle avec vascularite (lobes occipitaux). Le même fait est vraisemblable (quoi qu'il en paraisse de prime abord), pour les multiples petits foyers disséminés de la base de l'encéphale; on voit tout au moins, sur les grandes coupes horizontales, l'état d'inflammation subaiguë de la méninge et des parois artérielles dans les golfes d'où partent les gros troncs vasculaires destinés aux ganglions de la base; par exemple au niveau de l'origine des artères striées, desquelles dépendent les territoires les plus atteints. Les foyers, nombreux dans la zone de distribution de ces vaisseaux, — comme cela est aussi de règle dans les paraplégies lacunaires (Lhermitte), sont particulièrement à considérer; on peut en inférer que dans les paraplégies lacunaires elles aussi, la systématisation vasculaire joue un rôle dans la genèse du processus et dans sa topographie; la lacune, produite soit par une vaginalite (P. Marie, Ferran et Catola), soit par des ramollissements ou des hémorragies minuscules (Léri), a toujours une origine vasculaire.

Quoi qu'il en soit, l'observation précédente montre qu'à côté des paraplégies lacunaires des vieillards, il peut exister des paraplégies également d'origine cérébrale, également dues à des foyers multiples disséminés; mais dans lesquelles la lésion est progressive, et non seulement résiduelle comme elle l'est dans l'état définitif de désintégration. Le processus initial est le même, mais il reste ici en activité, peut-être simplement parce qu'il siège sur des tissus non encore atteints par la sénilité et capables de réaliser plus que des altérations strictement dégénératives. Cette paraplégie est donc une variété des paraplégies lacunaires, et pourrait être désignée sous le nom de *paraplégie cérébrale progressive*, pour rappeler à la fois l'allure clinique et, indirectement, sa nature inflammatoire immédiate (1).

REVUE DE RHINOLOGIE

D'une variété de migraine d'origine ethmoïdale

Par M. le Docteur GUISEZ

De même qu'il existe des migraines d'origine ophtalmique, dyspeptique, dues à des troubles oculaires, il existe également une variété de céphalées migraineuses d'origine nasale, ou mieux ethmoïdale.

L'auteur a eu l'occasion, chez toute une série de malades (près de 70) qui souffraient depuis de nombreuses années de crises de céphalée, qui avaient résisté à tous les traitements généraux médicamenteux, régime, résection des nerfs faciaux, de diagnostiquer, comme cause de ces migraines, certaines malformations bien définies de la partie moyenne et supérieure du nez, dans la région ethmoïdale.

Il est facile de reconnaître l'origine nasale de ces migraines, par ce fait que les crises commencent toujours près de la région fronto-nasale, au pourtour de la racine du nez ou immédiatement au-dessus des globes orbitaires et, souvent, de façon plus accusée d'un côté que de l'autre. Les douleurs se généralisent ensuite à toute la tête, mais restent toujours plus accentuées au niveau de la région frontale. Les crises durent souvent plus de 24 heures, s'accompagnent parfois de nausées et de vomissements et, dans certains cas relatés par l'auteur, ces troubles avaient amené le sujet à un état de déchéance organique profond.

L'examen du nez montre une hypertrophie de la tête du cornet moyen ou de la bulle ethmoïdale; hypertrophie osseuse, sorte de véritable bulle, qui est comme enserrée contre la paroi externe de la fosse nasale et la cloison. L'os propre du nez peut se trouver refoulé en dehors, d'où élargissement de la racine du nez. La muqueuse est parfois en dégénérescence myxomateuse et des polypes remplissent le méat moyen.

S'agit-il de *phénomènes névralgiques* dans la sphère du trijumeau, par l'irritation des rami-

(1) *Soc. méd. des hôp. de Lyon.*

fications que les nerfs maxillaires supérieurs, ophtalmiques envoient à la pituitaire? Il semble qu'il s'agisse plutôt de *phénomènes de vasocongestion*, de troubles de la circulation dans la région toute supérieure de la fosse nasale et en même temps dans les plexus orbitaires et ceux de la base du cerveau dont la circulation est connexe. Ce qui semble le prouver, c'est : 1° l'aspect de la muqueuse rouge violacé de la région supérieure de la fosse nasale ; 2° le caractère gravatif de la douleur ; 3° la cessation ou l'atténuation des crises par la cocaïnisation adrénalisation de la portion malade.

Le *traitement* qui a guéri tous les malades chez lesquels le diagnostic d'origine naso-ethmoïdale a pu être établi de façon ferme, a consisté : en résection, sous-anesthésie locale, de la tête du cornet moyen, de la bulle ethmoïdale, ablation de polypes, quand il y en avait ; en un mot tout ce qui pouvait élargir la région des méats supérieur et moyen.

Si un examen systématique des fosses nasales était fait chez les migraineux dont les crises présentent les caractères indiqués plus haut, beaucoup seraient guéris de cette pénible affection par une intervention bénigne et simple.

REVUE DE PHYSIOTHÉRAPIE

Gangrène du Membre inférieur Chez un enfant de 12 ans Traitement par l'air chaud à 700°. Mort

Par MM. les Docteurs CURTILLET, LOMBARD et LAVERHNE

Nous avons eu l'occasion, il y a peu de temps, d'observer un cas de gangrène traumatique du membre inférieur chez un enfant de douze ans, et nous avons essayé d'arrêter la marche suraigue du processus septique en utilisant l'*air chaud* à 700° ; soixante heures après l'intervention, notre malade succombait dans le délire, dans le collapsus, en pleine intoxication.

Voici le fait qui nous paraît constituer un document utile à connaître, au moment où l'on étudie le traitement des gangrènes par l'air chaud

Le 27 novembre 1912, entre, salle Guersant, un garçon de 12 ans : Desgiro... La roue d'une voiture lourdement chargée l'a heurté, renversé, arrachant en partie le tégument de la face externe de la jambe gauche. Il porte à ce niveau une large plaie étendue d'une extrémité à l'autre du tibia. La peau, le tissu cellulaire ont été décollés sur la moitié environ de la circonférence du membre. L'aponévrose est intacte, le squelette indemne : l'interne de garde désinfecte soigneusement ce foyer de contusion et croit pouvoir le fermer en partie. La température est à 36°.

Le 28, au matin, le thermomètre marque 38°. La nuit a été un peu agitée ; les bords de la plaie sont rougeâtres. On désinfecte à nouveau toute la région à la teinture d'iode.

Le soir, 40°5.

29 *novembre*. — Le malade a passé une mauvaise nuit. La température est très élevée. Tout le long de la plaie, un liseré noirâtre apparaît ; on le détruit au thermocautère.

30 *novembre*. — Depuis hier, la situation a pris un caractère d'excessive gravité. La température reste haute, le pouls, fréquent, devient mauvais. Les traits sont tirés, le faciès plombé, les narines un peu pulvérulentes. La langue est sèche, les lèvres sont fuligineuses. Du cou-de-pied au genou la jambe est couverte d'un placard énorme de gangrène ; la cuisse déjà se tuméfie. Au-dessus de la rotule, la peau est par endroits rougeâtre, par endroits soulevée en larges phlyctènes pleines de liquide séro-sanguinolent. Le processus septique marche avec une foudroyante rapidité : d'heure en heure, on voit sa limite supérieure remonter, de nouvelles phlyctènes apparaître. Le malade nous paraît véritablement perdu, la désarticulation de la hanche même ne suffirait plus à arrêter les accidents, le tracé des lambeaux passerait d'ailleurs en tissu déjà œdémateux.

Nous nous décidons alors à avoir recours à l'air surchauffé pour tenter de stériliser ce foyer ultra-septique. Avec l'appareil de Vignat et après avoir débridé les tissus jusqu'à l'aponévrose qui est encore intacte, on détruit, on carbonise tout le tégument sphacélé. Sous le courant d'air, dont la température atteint près de 700 degrés, on voit les tissus se ratatiner, se rétracter exprimant le liquide qu'ils contiennent. On suit ainsi la limite supérieure de la région gangrénée, puis sa limite inférieure, puis sa surface entière.

Immédiatement après l'intervention on applique à la racine du membre une bande de Bier modérément serrée.

Le soir de l'opération, la température tombe, l'état général paraît meilleur, la langue est moins sèche, le pouls mieux frappé, les traits se détendent.

Le lendemain, 1[er] décembre, la température est à 38°. Le malade a eu une nuit un peu agitée, mais son état général paraît ce matin franchement meilleur. Le pansement est traversé par une énorme quantité de liquide qui baigne jusqu'aux draps, liquide séreux, transsudé au niveau de cette large plaie qui couvre toute la jambe. *La gangrène est complètement arrêtée, le foyer septique a été hier véritablement stérilisé* en masse : presque plus d'œdème de la cuisse, plus de rougeur, aucune traînée lympbangitique.

2 *décembre*. — L'enfant a passé une nuit très agitée. Ce matin la température est à 37°1, mais le pouls est rapide. Les urines paraissent avoir été un peu plus abondantes. Leur quantité exacte n'a pu être mesurée.

Les traits sont encore un peu tirés, mais la langue est humide, la voie bonne. Au niveau du membre inférieur, la gangrène est complètement arrêtée. Le pansement, comme hier, est traversé par une énorme quantité de liquide séreux. *On enlève ce matin la bande de Bier*. Dans l'après-midi, la température continue à descendre. Vers deux heures, le malade a les mains froides, les pieds glacés, il est pris d'un violent frisson, il parle à haute voix, s'agite, essaie de se lever et lutte contre le garde qui veut le retenir dans son lit.

Nous voyons le malade à 4 heures, en plein délire, dans un état d'agitation excessive : le visage est livide, les yeux hagards, les mains et le nez sont complètement froids, le pouls est incomptable. Les bruits du cœur sont extrêmement précipités.

Dans la soirée, ce délire, cette agitation vont en s'accentuant, puis se calment vers minuit. Le malade succombe à 3 heures du matin avec une température centrale à 36°2.

Dans cette observation deux points nous paraissent mériter d'être soulignés : d'abord l'arrêt brusque, la cessation immédiate des accidents gangréneux après la séance de chauffage : du soir au matin, les caractères de la lésion ont été transformés, les phlyctènes se sont affaissées, l'œdème des tissus déjà envahi s'est résorbé, et au niveau du sillon d'envahissement toute teinte suspecte a disparu : l'air chaud à 700 degrés a stérilisé en masse le foyer gangréneux.

Pendant 48 heures, la situation paraît transformée : l'état général s'est amélioré, la langue est humide, la voix bonne. On enlève alors la bande de Bier, laissée en place depuis l'opération, et, brusquement, des accidents généraux éclatent, : délire, agitation, collapsus, qui emportent le malade en quelques heures.

Il semble bien que l'apparition de ces accidents de véritable intoxication ait coïncidé avec l'ablation de la bande de Bier, qu'elle soit due à la résorption des produits élaborés dans ce vaste foyer : produits toxiques, d'origine microbienne, produits toxiques mis en liberté par la carbonisation des tissus (1).

CARNET DU PRATICIEN

Syphilis pulmonaire de l'adulte

1° Faire tous les jours, pendant dix jours consécutifs, une injection intra-musculaire d'un centimètre cube de l'une des solutions suivantes :

Biiodure de mercure........	0 gr. 10
Iodure de sodium..........	0 — 10
Chlorhydrate de morphine..	0 — 02
Eau distillée................	10 cc.

à répartir en 10 ampoules d'un cc.

Ou bien :

Benzoate de mercure.......	0 gr. 10
Chlorure de sodium chimiquement pur...............	0 gr. 25
Chlorhydrate de cocaïne....	0 — 02
Eau distillée................	10 cc.

à répartir en 10 ampoules d'un cc.

Apres la dixième piqûre, interrompre une semaine ; puis recommencer une nouvelle série, et ainsi de suite, en tenant compte de la gravité du cas et de la tolérance du malade.

2° Dans les cas pressants, remplacer les injections de sel soluble par l'injection de calomel.

Chlorure mercureux précipité pur....................	5 grammes
Graisse de laine stérilisée...	16 —
Gaiacol.....................	5 —
Huile de vaseline camphrée à 1 p. 10 et stériliséeq. s.p.	100 cc.

(Formule de JABOIN.)

Faire une injection par semaine en injectant chaque fois un centimètre cube simultanément dans chaque fesse ;

Ou bien recourir aux injections intra-veineuses quotidiennes de cyanure de Hg :

Cyanure de Hg.............	0 gr. 10
Eau distillée stérilisée......	10 cc.

A répartir en 10 ampoules ;

3° Si le traitement par injection intra-musculaire ou intra-veineuse est impossible, recourir aux frictions mercurielles, à la dose quotidienne de 4 grammes d'onguent napolitain ;

4° Veiller à l'application des soins minutieux de la bouche ;

5° A côté du traitement spécifique, instituer un traitement symptomatique qui, naturellement, variera suivant les nécessités.

Crises d'angines de poitrine

Extrait de muguet.........	15 grammes
Solution de trinitrine 100e..	L gouttes
Bromure de potassium.....	6 gr. 50
Bromure de sodium........	6 gr. 50
Bromure d'ammonium......	6 gr. 50
Bicarbonate d'ammoniaque.	10 —
Sirop d'écorces d'oranges....	250 —
Eau distillée.........Q.S.p.	500 cc.

Trois ou quatre cuillerées à soupe par vingt-quatre heures.

ou, au moment des crises douloureuses une cuillerée à café de la solution :

Solution alcool. de trinitrine 100e.................	LX gouttes
Eau distillée................	50 grammes

Au maximum trois cuillerées par jour.

Poudre contre le coriza aigu

Dermatol...................	10 grammes
Poudre de quinquina.......	10 —
Orthoforme.................	5 —
Morphine....................	0 gr. 50
Cocaïne......................	0 gr. 50

(1) Soc. de médecine d'Alger.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE

VARIÉTÉS

« Abige, muscas ! »

Le conseil d'hygiène publique s'est occupé au cours de sa dernière séance d'une très intéressante question. Elle vise les moyens à employer pour « organiser la destruction méthodique des mouches, en raison du danger que ces insectes font courir à la santé publique ».

Aux âges les plus reculés les mouches constituaient déjà un fléau des lieux habités ; elles figurent en effet parmi les sept plaies d'Egypte. Pour se préserver de leurs méfaits les peuples anciens de l'Orient invoquaient Belzébuth ou Beal-Zeboud (littéralement le Seigneur des mouches), lequel avait le pouvoir de les chasser (Brehm). Au dire de Pline l'Ancien, lorsque la multitude des mouches apportait au peuple des maladies pestilentielles, les Eléens, dans la grande Grèce, sacrifiaient au dieu Myagre (muiagros, qui chasse les mouches) et les insectes périssaient dès le sacrifice accompli. Au moyen âge, saint Bernard les excommuniait et les bestioles mouraient en foule; tel le miracle de Foigny sur le territoire de Laon.

Les choses et les mouches ne semblent guère avoir changé depuis ces époques lointaines, sauf le recours aux divinités contre la gent ailée. Les mouches pullulent toujours aussi nombreuses, aussi importunes et aussi malfaisantes qu'au temps des Pharaons. Une notion cependant est entrée dans l'esprit du peuple, celle du rôle des insectes dans la propagation des maladies infectieuses de l'homme et des animaux. L'observation aidant celle-ci s'est imposée et, grâce aux dernières conquêtes de la science, elle a gagné une importance qui grandit chaque jour.

Sur l'invitation du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, le professeur Vaillard, membre de l'Académie de médecine et président du comité technique de santé des armées, s'est attaqué au problème et, dans une étude excellemment documentée, a fait voir le rôle néfaste que jouent les mouches dans la diffusion de la tuberculose, du choléra, de la fièvre typhoïde, de la diarrhée infantile, en un mot, de la plupart des nos affections les plus graves, en contaminant grands et petits par l'apport des germes pathogènes dont elles souillent les habitations.

Il donne à son travail des conclusions dont, vu l'importance qu'elles offrent pour tous et pour les agriculteurs en particulier, nous croyons devoir mentionner les principales :

1° La mouche commune peut transmettre et disséminer des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, choléra, diarrhée infantile, dysenterie, tuberculose, etc.). L'hygiène privée et l'hygiène publique ne sauraient se désintéresser plus longtemps de cette notion définitivement acquise ;

2° Il est nécessaire de faire l'éducation du public sur les dangers que présentent les mouches, les moyens de les éviter et l'obligation de détruire l'insecte par tous les moyens possibles ; l'éducation du public devrait commencer par celle de l'enfant à l'école ;

3° Les mouches propagent des maladies graves par la contamination des aliments. Il importe donc de protéger efficacement tous les aliments contre le contact de ces insectes, aussi bien dans les habitations privées que dans les magasins et marchés où les comestibles sont présentés en étalage. Des règlements de police devraient intervenir au sujet des étalages qui exposent des aliments altérables aux poussières de la rue et aux souillures des mouches ;

4° La pénétration des mouches dans les habitations privées, les écuries ou les étables peut et doit être évitée. Il faut détruire celles qui s'y introduisent ; pour cette destruction, et en outre des moyens usuels, on peut recommander le lait formolé et les fumigations de crésyle.

Voici maintenant les moyens que préconise l'auteur pour la destruction des mouches.

Dans les appartements. — Disposer dans des récipients larges et plats un mélange de 15 0/0 de formol commercial, 25 0/0 de lait et 60 0/0 d'eau que l'on additionne d'un peu de sucre. Les mouches friandes de lait, ingèrent le breuvage et périssent presque immédiatement après. Le mélange ainsi préparé peut servir pendant plusieurs jours.

On peut également employer les fumigations au crésol. Evaporé à la chaleur sur un réchaud, une lampe à alcool, etc., le crésol émet des vapeurs abondantes qui sont immédiatement toxiques pour les mouches et même les moustiques.

En dehors de l'habitation. — Protéger les locaux habités contre l'invasion des mouches et détruire celles qui y pénètrent est évidemment chose excellente, mais ne constitue qu'un faible palliatif : la mesure essentielle consiste à les empêcher de naître et à détruire leurs foyers d'incubation. Pour cela, il faut supprimer autant que possible les tas d'immondices et employer les substances larvicides. Arroser les fumiers et les écuries avec du lait de chaux fraîchement préparé. Projeter comme on le fait en Amérique, de la chaux vive dans les fosses d'aisance. Mélanger en agitant fortement parties égales d'huile de schiste brute et d'eau. En arrosant les dépôts d'ordures avec ce produit, on détruit les larves et on écarte les femelles pondeuses.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

La Taxe de séjour dans les Stations Thermales et sur les plages

Le président du Conseil ministre de l'intérieur à Messieurs les préfets

J'appelle votre attention sur le décret du 11 décembre 1912, publié au *Journal Officiel* du 14 décembre et qui porte modification au décret du 26 juin 1911, relatif aux *stations hydrominérales et climatiques.*

Ces stations qui, en raison de leur caractère hydrominéral ou climatique (et parmi ces dernières je rappelle que peuvent être comprises les *stations balnéaires*), reçoivent pendant une partie de l'année de nombreux étrangers, ont envers cette clientèle des *obligations* particulières, notamment au point de vue de l'*hygiène*. Cette clientèle est composée en grande partie d'*enfants* et de *convalescents* ; elle a *le droit* de trouver dans ces stations des conditions *hygiéniques* particulièrement *favorables*. La reconnaissance *officielle* d'une telle station doit constituer, à ce point de vue, aux yeux du public, une *sérieuse garantie*. La loi du 13 avril 1910 donne aux communes intéressées les moyens et leur permet de se *créer* les *ressources* nécessaires à l'exécution de divers travaux, au *premier rang* desquels doivent être rangés les travaux divers d'*assainissement* ; elle a organisé sur l'emploi de ces ressources éventuelles spéciales un *contrôle sérieux*.

Mais, dès le début de l'application de la loi, les hautes assemblées auxquelles les demandes de reconnaissance ont été soumises ont été frappées par la considération suivante : que si la reconnaissance devait être refusée *de plano* aux stations dont les conditions hygiéniques sont *gravement défectueuses*, elle ne pourrait sans inconvénient l'être de même à celles qui, sans présenter des conditions absolument satisfaisantes, ont la possibilité et le désir de les améliorer, grâce à certains travaux à entreprendre et dont les frais d'exécution pourraient être couverts précisément aux moyens de ressources à créer après la reconnaissance et en conséquence de celle-ci. Ces assemblées ont estimé qu'il y avait lieu de faire à ces communes un certain crédit et se sont déclarées, prêtes à donner un avis favorable à la reconnaissance, mais à la condition que celle-ci put être éventuellement *retirée*, s'il apparaissait ultérieurement que les communes n'ont pas fait le nécessaire pour mettre leur situation *hygiénique* à la hauteur des raisonnables *exigences* qu'impose le souci de la santé de leur *clientèle*.

Sans doute il aurait appartenu en tout état de cause à l'*autorité* qui, en vertu de la loi, accorde la reconnaissance de *retirer* celle-ci ; mais aucune disposition de la loi ni du décret de 1911 ne fixait la procédure de retrait et il résulte de ce silence que l'éventualité même de cette mesure risquait de ne pas être envisagées par les communes comme une conséquence possible de leur négligence.

Le décret du 11 décembre 1912 *comble cette lacune*. Il fait connaître nettement aux municipalités intéressées le caractère exact *et conditionnel* de la faveur qui, par l'érection de leur commune en stations hydrominérale ou climatique, leur est accordée et le *danger* auquel elles s'*exposeraient* si elles négligeaient d'assurer à leurs hôtes la protection sanitaire spéciale qu'ils sont *en droit* d'attendre d'elles et *qu'elles leur doivent*.

Le décret précise en outre, la procédure qui sera suivie dans le cas où le ministre jugera que le retrait de la reconnaissance doit être effectué. Cette grave mesure est bien entendu, entourée des *garanties les plus sérieuses*.

Vous voudrez bien porter ce décret à la connaissance des *municipalités intéressées*, de celles qui ont obtenu déjà et de celles qui demanderont le bénéfice de la loi du 13 avril 1910. Vous leur ferez observer que ces exigences administratives sont protectrices de leurs intérêts mêmes, car, de jour en jour, la clientèle mieux avertie, *désertera* celles de ces stations où elle n'est point assurée de trouver des *conditions hygiéniques satisfaisantes*.

Vous surveillerez, d'autre part, *de façon très spéciale*, vous susciterez, au besoin, vous encouragerez et vous guiderez, par l'intermédiaire et de l'*inspecteur départemental*, si vous disposez d'un *si utile collaborateur*, et des *Commissions sanitaires locales*, les efforts des stations *en vue de leur assainissement*, et vous ne manquerez pas enfin de me signaler, les graves défectuosités constatées, notamment en ce qui concerne l'*alimentation en eau potable* et l'*évacuation des eaux résiduaires*, et d'appeler mon attention sur les travaux dont l'exécution semblera le plus utile.

Je vous prie de communiquer cette circulaire au *Conseil départemental d'hygiène* et aux *Commissions sanitaires* et de m'en accuser réception sous le timbre ci-contre.

Pour le président du Conseil ministre de l'intérieur :

Le sous-secrétaire d'Etat,
Signé : P. MOREL.

Stations hydrominales et climatiques

Par décrets présidentiels: 1° la commune de Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées) est érigée en station hydrominérale et climatique, une chambre d'industrie thermale et climatique est instituée dans cette commune.

2° La commune de Plombières (Vosges) est érigée en station hydrominérale et une chambre d'industrie thermale est créée dans cette commune.

3° Il est créé dans la station hydrominérale de Luxeuil (Haute-Saône) une chambre d'industrie thermale.

84e Année (Série XIIIe) — No 199 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 21 Mai 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Bonts-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

CHANTEMESSE, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
LANDOUZY, Doyen de la Faculté, Prof. de Clinique Médicale, Membre de l'Académie de Médecine
RECLUS, Professeur de Clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de Médecine
RICHET, Professeur de Physiologie à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
ALBERT ROBIN, Professeur de Clinique Thérapeutique, Membre de l'Académie de Médecine
BALZER, Médecin de l'Hôpital St-Louis, Membre de l'Acad. de Médecine
BAZY, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon
BEURNIER, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
DESGREZ, Professeur de Chimie Médicale à la Faculté de Médecine
SEBILEAU, Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière, Membre de l'Académie de Méd.
VAQUEZ, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
CHASSEVANT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
MARIE, Médecin en chef de l'Hospice de Villejuif
MONPROFIT, Professeur à l'Ecole de Médecine d'Angers

DIRECTEUR
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut
Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Exposition Bruxelles 1910
Vice-Prés. de cl. Expos. Gand 191
Ancienne *Gazette de Santé*
(140e Année)

Sommaire du Numéro du 21 Mai 1913

A nos Collaborateurs

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la *Gazette Médicale de Paris*, sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs, mettra, désormais à leur disposition un tirage à part à 50 exemplaires, de leurs articles inédits qu'elle aura publiés.

ÉCHOS

Nos Amis.

M. le Dr Bagy, chirurgien de l'hôpital Beaujon et membre du Comité de rédaction scientifique de la *Gazette médicale de Paris* vient d'être élu membre de l'Académie de médecine.

Nous sommes heureux d'adresser nos affectueuses félicitations à notre très éminent ami.

Le service de trois ans.

M. Maunoury, député d'Eure-et-Loir, vint de déposer un amendement au projet de loi de trois ans, en vertu duquel les étudiants en médecine qui voudront accomplir leur dernière année comme aides-majors (sous-lieutenants) et qui, au moment de leur incorporation, ne seront ni docteurs en médecine, ni internes des hôpitaux, devront être, après leur première année de service renvoyés dans leurs foyers pour achever leurs études et conquérir le diplôme de docteur en médecine ou le titre d'interne des hôpitaux; après quoi, et au plus tard à l'âge de 27 ans, ils seront rappelés sous les drapeaux pour accomplir leurs deux dernières années de service.

Cette disposition a pour but d'éviter que les étudiants dont les connaissances médicales sont restreintes et n'ont été sanctionnées par aucun diplôme puissent, en qualité de médecins-majors, assumer la responsabilité d'un service et exercer la médecine impunément à la caserne, alors que s'ils l'exerçaient dans les mêmes conditions dans la vie civile ils s'exposeraient à des poursuites pour exercice illégal de la médecine.

Contre la tuberculose.

L'Académie de médecine vient d'être gratifiée de deux legs très importants, l'un par Mlle Morand à charge « de distribuer l'actif de la succession comme l'entendra la Compagnie aux sociétés ou œuvres s'occupant de traiter les enfants atteints ou menacés de tuberculose », l'autre par M. Le Piez avec mission « de fonder un prix qui sera accordé tous les ans ou tous les deux ans au meilleur mémoire sur un sujet de médecine ou de chirurgie, au choix de l'Académie ».

Les médecins fonctionnaires.

Le 15 septembre 1911, le maire de Courbevoie (Seine) a pris un arrêté révoquant le Dr Chappelier de ses fonctions de médecin du dispensaire municipal.

Le Dr Chappelier soutenait devant le conseil d'Etat que cette mesure n'avait pas été entourée des garanties prescrites par la loi du 22 avril 1905.

Le conseil d'Etat a décidé d'annuler l'arrêté du maire de Courbevoie pour ce motif qu'ayant été nommé par arrêté municipal le Dr Chappelier était devenu fonctionnaire et que par conséquent, avant de prononcer sa révocation, on devait lui communiquer son dossier, conformément à la loi du 22 avril 1905 (art. 65).

Le Val-de-Grâce d'hier et d'aujourd'hui

D'importants travaux de réfection vont être exécutés prochainement à l'hôpital et à l'église du Val-de-Grâce.

L'année dernière, de la façade même de l'église, se détachait la volute d'angle d'un chapiteau. L'accident permit de constater que, si les parties saillantes des façades avaient été autrefois protégées par des couvertures métalliques, ces couvertures étaient actuellement sérieusement endommagées.

Aujourd'hui on veut remédier à l'état critique de la façade est du bâtiment principal de l'hôpital, ancien monastère de l'abbaye royale. Les travaux n'intéresseront pas seulement le génie militaire qui a la garde de ces bâtiments, mais le ministère des beaux-arts, une grande partie des contructions ayant été classées en août 1912 au nombre des monuments historiques. Elles le méritent en effet.

Dès avant le dix-septième siècle, l'emplacement où s'élèvent aujourd'hui l'église et l'hôpital avait son histoire.

Philippe III, nous apprend Sauval, avait déjà en cet endroit du faubourg Saint-Jacques une maison de plaisance, qui passa successivement à la maison de Bourbon, à Louise de Savoie, mère de François Ier, puis au médecin de la reine, Jean Chapelain ; enfin à Anne d'Autriche, qui l'acheta 36.000 livres, pour y établir le monastère des Bénédictines du Val-Profond qu'elle protégeait et où elle se retira souvent. La reine y venait partager les pénitences religieuses. Elle y passa, a compté un chroniqueur, 146 nuits.

Devenue régente, Anne d'Autriche voulut reconstituer le monastère sur les nouveaux plans de François Mansart.

Le 1er avril 1646 les travaux commençaient. Jean François de Gondi, archevêque de Paris, donna la bénédiction, pendant que la musique du roi accompagnait le chant des chœurs ; puis le jeune Louis XIV, à l'aide d'une truelle d'argent à manche garni de velours bleu, posa la première pierre.

Les dessins de Mansart avaient obtenu l'approbation unanime. L'architecte ne devait pourtant pas tarder à tomber en disgrâce. Les constructions s'élevaient à neuf pieds, et l'on avait déjà dépensé des sommes énormes, sans pouvoir calculer le prix de l'entreprise dont Mansart n'avait cure, ne se souciant que de la perfection de son œuvre.

On lui retira la direction pour la donner à Jacques Lemercier, architecte du roi, auteur de la Sorbonne, de Saint-Roch et du Palais-Royal, qui suivit les plans de Mansart, modifiant seulement ceux de la chapelle du Saint-Sacrement.

Après lui, Pierre Le Muet continua les travaux, aidé de Gabriel Leduc qui arrivait de Rome, et s'inspira pour le retable de l'autel de Saint-Pierre de Rome.

On confia la décoration de l'église aux artistes les plus célèbres, François et Philippe de Champaigne, Mignard, pour les peintures; les frères Auguier et Philippe Buyster pour la sculpture.

En 1655 on entreprit la construction du cloître, vaste parallélogramme entouré de deux galeries voûtées, l'une au rez-de-chaussée, l'autre au premier étage. Aux quatre angles, dont la toiture en ardoise est brisée à la mode de Mansart, s'élèvent des pavillons majestueux.

Les travaux furent achevés en 1665. Mais dès 1662 il y avait eu une inauguration solennelle à laquelle présida Jean-Baptiste de Conti, vicaire général du cardinal de Retz.

De suite, la reine combla de ses largesses le nouvel établissement. Elle ne voulut pas cependant que les faveurs portassent atteinte à l'austérité religieuse.

L'inventaire dressé en 1790 en témoigne ; il constate qu'on ne trouve dans le réfectoire que de la vaisselle de terre et des cuillers de bois. Chaque cellule renfermait trois planches, une paillasse, des draps de serge.

« Il n'y a pas d'autre argenterie que quatre vieilles cuillers si minces qu'elles sont toutes bossuées ; elles sont employées pour l'infirmerie, une casserole nécessaire à la préparation des remèdes n'est autre que la vieille bassinoire d'Anne d'Autriche. »

Après le départ des religieuses, l'hospice de la Maternité fut installé au Val-de-Grâce. En 1793, la Convention nationale en faisait un hospice militaire et convertissait l'église en magasin des hôpitaux militaires.

De là des milliers de ballots de linge et de charpie furent expédiés aux armées de la République et de l'empire. Pendant longtemps on vit, suspendu à la coupole, le ballon qui avait servi à suivre les mouvements de l'ennemi pendant la bataille de Fleurus.

Le Sommeil des Grands Hommes

M. Bérillon donne dans la *Revue de psychothérapie* quelques détails curieux sur le sommeil de Napoléon et sur celui de Pline l'Ancien.

Chez les grands hommes, la question du sommeil est essentiellement liée à la méthode de travail. Pour mener à bien une œuvre de quelque haleine, il est indispensable que l'activité cérébrale alterne avec des heures de repos complet. L'aptitude à reprendre le travail, interrompu par la nécessité du repos, dépend essentiellement de la qualité et de la régularité de ce repos.

On a dit de beaucoup d'hommes supérieurs qu'ils pouvaient dormir à leur gré et que leur sommeil était sous la dépendance de leur volonté. Napoléon était de ceux-là. On lui a fait un grand mérite d'avoir pu dormir d'un sommeil paisible dans la nuit qui précéda la bataille d'Austerlitz.

Napoléon reconnaissait chez lui l'aptitude à entrer dans le sommeil dès qu'il en constatait la nécessité. Il trouvait cela tout naturel, mais ne s'en glorifiait pas.

Dans le *Mémorial de Sainte-Hélène*, Las Cases lui prête les réflexions suivantes :

« Quant à avoir dormi au moment d'une bataille, il n'est point, assurait-il, de nos soldats, de nos généraux qui n'aient répété vingt fois cette merveille », et tout leur héroïsme n'était guère que dans la fatigue de la veille.

A cela, le grand maréchal a ajouté qu'il pouvait dire avoir vu, lui, Napoléon, dormir non seulement la veille, de la bataille, mais durant la bataille même.

— « Il le fallait bien, disait l'empereur, quand je donnais des batailles qui duraient trois jours, la nature devait aussi avoir ses droits ; je profitais du plus petit instant, je dormais où et quand je pouvais. » L'empereur avait dormi sur le champ de bataille de Wagram et de Bautzen, durant le combat même et fort en dedans de la portée des boulets. Il disait sur cela, qu'indépendamment de l'obligation d'obéir à la nature, ces sommeils offraient au chef d'une très grande armée le précieux avantage d'attendre avec calme les rapports de la concordance de toutes ses divisions, au lieu de se laisser emporter peut-être par le seul objet dont il serait le témoin.

Pline l'Ancien était également doué d'une extrême puissance de volonté en ce qui concernait l'utilisation du sommeil. Voici ce qu'en dit son neveu, Pline le Jeune, dans une de ses lettres à Macer, en parlant de son oncle :

« Il avait un esprit infatigable, un goût prodigieux pour l'étude, *une force à veiller extraordinaire*. A partir des fêtes de Vulcain, il commençait à travailler le soir, non pour porter bonheur à son ouvrage, mais par amour de l'étude ; c'était alors aussitôt qu'il faisait nuit close, mais en hiver, c'était dès la septième heure, dès la huitième au plus tard, parfois dès la sixième. *Il avait le sommeil à sa discrétion au point de s'y livrer et de le quitter au milieu de ses études.* Avant le jour, il se rendait chez l'empereur Vespasien, qui, lui aussi, mettait ses nuits à profit, puis allait aux devoirs de sa charge. »

Il serait certainement intéressant à plus d'un titre de connaître comment les hommes de valeur agissaient à l'égard de leur sommeil. On pourrait en tirer d'utiles observations.

Pour se préserver des Moustiques

Un certain nombre de plantes ont la réputation de chasser les moustiques. L'une des plus connues est le ricin. On prétend qu'un seul pied de cette plante placé dans une chambre suffirait à écarter ces insectes.

M. Aubert signale dans le *Lyon médical* une deuxième plante qui jouirait des mêmes propriétés. C'est le basilic.

D'après les expériences faites par le major anglais Larrymore, il suffirait de placer dans un appartement deux pieds de cette labiée, dont les feuilles contiennent une essence d'odeur assez pénétrante, pour éloigner les moustiques. Le major en question ne dit pas quelle est la variété de basilic qu'il a expérimentée; il est possible que toutes les variétés de cette plante soient également efficaces. En tous cas, il est très facile de contrôler les résultats annoncés.

NURSERY CARS

En Amérique, la *Railway Review* annonce que des « nursery cars » exclusivement destinés aux bébés circulent depuis quelque temps sur certaines voies ferrées. Les parois de ces wagons sont ouatées, afin que les bébés, en jouant, ne se fassent aucun mal. Une « nurse », payée par la Compagnie, surveille tout ce petit monde et lui donne littéralement les soins nécessaires. Arrivé à destination, le bébé, toujours grâce à la nurse, est fidèlement remis à ses parents ou tuteurs voyageant dans le même train, le plus paisiblement du monde, en wagon ordinaire.

L'Esthétique en Chirurgie abdominale

Par le Dr Marcel SÉNÉCHAL
Chirurgien assistant de la Maison Départementale de Nanterre

De plns en plus persuadé des avantages multiples que présente la laparotomie sous-ombilicale pratiquée transversalement selon la méthode de Pfannenstiel, et pour répondre à la demande de nombreux confrères désireux de se renseigner sur la technique à suivre pour réaliser cette manière de faire, je suis heureux de profiter de l'hospitalité qui m'est donnée dans les colonnes de ce journal pour exposer une fois encore cette méthode d'ouverture de la cavité abdominale, qui, si elle ne m'est pas personnelle ne m'en est pas moins chère, au point que, pour toute inter-



vention portant au-dessous de l'ombilic, depuis dix huit mois environ, je n'en emploie plus d'autres.

C'est par l'incision de Pfannenstiel que j'aborde indifféremment les organes pelviens de la femme, l'appendice, la vessie, les hernies inguinales dans les deux sexes.

Sans vouloir faire d'érudition, il est bon de reconnaître à chacun ce qui lui appartient et si pour ménager l'esthétique de l'abdomen féminin, l'idée d'inciser la peau, en travers, au-dessus du pubis, a été contemporaine dans les pays de langue allemande et en France, une différence essentielle dans la façon d'aborder les plans sous-jacents, n'en a pas moins nettement différencié les méthodes utilisées dans l'un et l'autre pays.

En France, Segond et Pozzi, puis Morestin, Hartmann, Proust, Dartigues, à Paris, Pollosson et Tixier, à Lyon, se contentèrent de poursuivre l'esthétique et, dans un nombre très restreint de cas apparemment faciles, en incisant la peau transversalement. Puis, revenant au procédé habituel de laparotomie médiane, ils incisèrent la ligne blanche verticalement ainsi que le péritoine.

Dans la méthode de Pfannenstiel au contraire, la laparotomie est poursuivie transversalement plus avant. L'aponévrose des muscles droits ainsi que celle des muscles obliques est incisée transversalement, parallèlement à la direction des fibres aponévrotiques. J'insiste sur ce fait et vous allez voir pourquoi.

Les fibres aponévrotiques, en quelque sorte simplement écartées les unes des autres, tendent naturellement à se rapprocher. Pas la moindre tension, le moindre effort pour les coapter au moment des sutures. Solidité à toute épreuve de la paroi reconstituée.

Autre point. L'aponévrose incisée transversalement est relevée en bloc comme un volet ou mieux comme un tablier au devant des muscles droits. Ceux-ci sont simplement écartés l'un de l'antre s'ils ne le sont déjà naturellement. Le péritoine est ouvert longitudinalement comme à l'habitude.

Une critique vient tout d'abord à l'esprit : Comment peut-on oser libérer un tissu aussi mal vascularisé qu'une aponévrose des plans sous-jacents et sur une aussi vaste étendue sans concevoir pour lui les plus grandes craintes de nécrose ? Eh bien ! rien n'est à redouter dans cet ordre d'idées, car l'aponévrose continue à adhérer par sa face supérieure au tissu cellulaire sous-cutané et par l'intermédiaire de celui-ci elle ne craint absolument rien pour sa vitalité.

Du court exposé que je viens de faire, découlera naturellement la technique qui est poursuivie.

Incision transversale de la peau de 8 à 10 cm. de longueur. C'est très suffisant et il est facile, une fois les poils sus-pubiens rasés, de la pratiquer au niveau de ceux-ci.

Repoussés, ils masqueront toute trace d'incision.

L'aponévrose qui se présente est incisée de la même façon, sans que l'on ait à pratiquer aucun décollement du tissu cellulaire. L'aponévrose incisée, on la saisit par le milieu de l'incision avec une pince à disséquer, et; avec le bistouri on la sépare à petits coups de pointe de la ligne blanche à laquelle elle adhère fortement, jusqu'à ce que l'on ait bien dépassé la limite supérieure des muscles pyramidaux ; puis, avec les doigts recouverts d'une compresse, on la libère des muscles sous-jacents aussi haut qu'on le désire, jusqu'à l'ombilic même, si l'on veut.

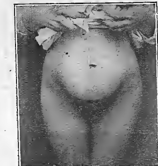
Revenant alors seulement à la laparotomie verticale, on écarte les muscles droits l'un de l'autre et on ouvre le péritoine dans le même sens, comme à l'ordinaire.

On place la valve de Doyen, celle de Ricard, ou plus simplement l'écarteur de Gosset, que j'ai souvent utilisé à l'exclusion de tout autre écarteur, aussi bien pour pratiquer une hystérectomie qu'une appendicectomie.

La fermeture se fait de la façon suivante :

Surjet longitudinal sur le péritoine et la gaine postérieure des muscles droits en un seul temps.

Points de suture séparés, deux ou trois,



rapprochant l'un de l'autre les muscles droits.

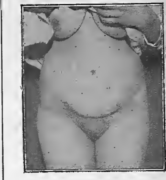
Surjet *transversal* sur l'aponévrose antérieure des muscles droits et obliques.

Fermeture de la peau par le procédé qui convient le mieux.

J'emploie volontiers le procédé préconisé par Jayle qui consiste à rapprocher les lèvres de la plaie par des points perdus sous-dermiques au catgut, capitonnant le tissu cellulaire sous-cutané. La peau est affrontée à l'aide de quelques agrafes que l'on enlève en deux séries : la première trois jours, la deuxième cinq on six jours après l'opération. Nous voyons ainsi que deux plans très solides et perpendiculaires l'un sur l'autre ont été constitnés pour résister aux pressions intra-abdominales, au météorisme fréquent qui suit les laparotomies. Un plan musculaire formé par les muscles droits accolés ; un plan aponévrotique formé par le tablier aponévrotique antérieur rabattu à sa place et qui ne demande qu'à y rester.

Qui de vous, au contraire, n'a été témoin des efforts considérables faits par un chirurgien, qui se débat contre des anses intestinales météorisées, pour accoler l'un à l'autre, les lèvres de la ligne blanche incisée longitudinalement ? Que pensez-vous de la solidité future d'une suture pratiquée dans de telles conditions ?

Et à l'avantage esthétique qui n'est pas



mince, vient s'ajouter une sécurité de solidité de la paroi qui ne laisse aucune crainte pour l'avenir de la cicatrice et l'éventualité d'une éventration.

J'ai même une telle confiance dans ce mode de fermeture, que je ne conseille jamais le port d'une sangle abdominale dans les mois qui suivent l'opération.

Le drainage est extrêmement facile à réaliser et compromet au minimum la solidité future de la paroi. En cas de grand drainage après début de péritonite apparaît tout l'avantage de cette technique opératoire.

Nombre d'autres petits avantages appartiennent encore à cette méthode.

Vous savez combien facilement, au moindre effort d'un malade mal endormi, les anses intestinales s'échappent de la cavité abdominale au cours d'une laparotomie longitudinale, même lorsque le malade est en position de Trendelenbourg.

Avec cette méthode, rien de semblable ne se produit. Il m'est arrivé d'avoir des malades mal endormis. Jamais les anses intestinales n'ont été projetées au-dehors. Jamais je n'ai dû me précipiter, armé de champs au-devant d'elles, pour leur interdire l'irruption hors de leur logement habituel.

A ce fait est dû également qu'elles seront bien protégées par un champ placé convenablement au cours des manipulations sur le petit bassin.

On a voulu faire jouer un rôle dans les suites opératoires au refroidissement des anses intestinales au contact de l'air ambiant. Ici plus de ce contact et par conséquent plus rien à redouter de ce fait.

Au résumé, dans cette méthode que j'utilise maintenant systématiquement depuis plus d'un an, je vois les avantages suivants :

Conservation de l'esthétique abdominale.

Solidité parfaite de la cicatrice, absence de crainte d'éventration, même après drainage.

Maintien des anses intestinales à leur place au cours des opérations.

Je ne veux pas abuser de votre patience ; mais avant de terminer, laissez-moi vous dire un mot de la variété des opérations que j'ai eu l'occasion de faire par ce procédé, tant dans le service de mon maître, Emile Reymond, que dans ma pratique personnelle.

Le nombre de laparotomies que j'ai ainsi pratiquées arrive actuellement au chiffre de 125 (1).

Dans ce nombre sont comprises :

2 cystostomies.
30 appendicectomies simples, à chaud ou à froid.
4 hernies inguinales doubles.
14 hystéropexies avec appendicectomies.
75 hystérectomies totales ou subtotales pour affections les plus diverses : cancers, fibromes, salpingo-ovarites suppurées, grossesses extra-utérines rompues ou en état d'avortement tubaire.

En outre 39 laparotomies ont été pratiquées à Nanterre selon cette technique, soit par M. E. Reymond lui-même, soit par ses internes, en particulier Robert Engel qui fut mon collaborateur dans un précédent article et René Casalis. En additionnant ce chiffre à ma statistique personnelle on obtient le total de 164 laparotomies pratiquées avec la plus grande aisance et à la plus grande satisfaction de chaque opérateur.

Presque toutes les hystérectomies ont été suivies d'appendicectomies dans la même séance opératoire et je tiens à insister ici, en passant, sur la facilité extraordinaire avec laquelle on extériorise le cæcum, par ce mode d'incision.

Les photographies, encartées ici, ont toutes été prises dans le service de M. Reymond, à Nanterre.

Celles-ci ont été faites en moyenne quinze jours après l'opération, alors que le revêtement pileux du pénil n'a pas encore repoussé.

Il faut tenir compte en effet que dans les semaines qui suivront, les traces encore apparentes, mais si faiblement le plus souvent, iront en s'atténuant. Les poils enfin masqueront la trace blanchâtre laissée par le passage du histouri.

Sur les photos, on peut remarquer, au voisinage de la ligne d'incision de petites écailles, plus brillantes sur l'épreuve, que les parties avoisinantes du tégument ; elles correspondent à une desquamation épithéliale consécutive à l'usage de la teinture d'iode comme agent de désinfection de la peau avant la laparotomie.

J'ai eu tout récemment l'occasion de pratiquer une laparotomie itérative chez une femme à qui j'avais fait une salpingectomie unilatérale pour rupture de grossesse tubaire.

Revue cette année elle présentait une nouvelle grossesse extra-utérine pour laquelle j'ai fait une hystérectomie subtotale. La malade avait été drainée au cours de la première intervention. C'est la première et unique fois où j'ai eu l'occasion de faire une deuxième laparotomie chez une femme opérée selon la méthode transversale. J'ai été heureux de constater : 1° que l'aponévrose, parfaitement reconstituée, était adhérente sur une étendue ne dépassant pas 2 centimètres en hauteur aux muscles sous-jacents et que ceux-ci ont été très facilement libérés.

2° Que les muscles droits étaient accolés l'un à l'autre d'une façon intime par une bandelette ayant un aspect tendineux.

3° Qu'il n'existait plus trace du passage intérieur du drain, et que l'on avait affaire à une sangle abdominale extrêmement résistante.

Quoique drainée, la malade n'avait pas porté de ceinture élastique à la suite de l'opération.

(1) Arrêté à la date du 31 mars 1913.

ÉTUDE RADIOLOGIQUE
DE LA
Tuberculose pulmonaire du Nourrisson

Par MM. L. RIBADEAU-DUMAS, ALBERT-WEIL et MAINGOT

La tuberculose pulmonaire du nourrisson, longtemps considérée comme rare, est en réalité fréquente. La statistique des petits malades en traitement à la crèche de l'Hôpital Trousseau, nous donne une proportion de tuberculeux d'environ 13 0/0. Les autopsies que nous avons eu l'occasion de pratiquer avec notre ami Debré nous ont montré que dans l'immense majorité des cas, la tuberculose débutait par le poumon, et que l'origine intestinale de cette infection pouvait être considérée comme une exception. Nous sommes donc sur ce point complètement d'accord avec les recherches de Küss et les travaux tout récents de Ghon.

Il s'agit là d'ailleurs de constatations directes, faites sur le cadavre. Jusqu'à présent en effet, la clinique ne permet pas d'établir avec précision l'existence de la lésion et sa localisation pulmonaire.

C'est qu'en effet, il n'est guère facile chez le nourrisson de saisir dans leurs nuances des anomalies de la respiration déjà si difficile à interpréter chez l'adulte. De plus, ce serait une erreur d'appliquer aux bébés les méthodes préconisées par le Professeur Grancher. Comme nous l'écrivions avec Debré, la tuberculose pulmonaire du premier âge ne débute qu'exceptionnellement par le sommet. C'est là un point capital bien mis en lumière par Küss et que nos autopsies nous ont permis de vérifier, journellement pour ainsi dire. En outre, un autre caractère important des lésions tuberculeuses infantiles est de ne pas présenter l'évolution habituelle de la phtisie banale de l'adulte. Ainsi que le remarque Variot, la phtisie ulcéreuse des sommets n'est pas commune dans nos salles d'enfants ; ce n'est guère que vers l'âge de 12 à 14 ans qu'on la voit apparaître ; au-dessous de cet âge, elle est presque rare. Le début de la maladie est marqué par des tubercules, généralement uniques, quelquefois doubles ou triples, plus rarement multiples, dont les dimensions assez restreintes sont celles d'une tête d'épingle, d'un grain de chènevis ou d'un gros pois, le plus souvent localisés sous la plèvre ou en un point voisin de la plèvre, et le plus habituellement dans un des lobes inférieurs des poumons, surtout le droit, d'après nos recherches actuelles.

Il semble bien qu'en raison de ces dispositions anatomiques, le diagnostic clinique de la tuberculose infantile puisse être considéré comme particulièrement difficile. Mais il y a des faits où, malgré qu'il y ait dans le parenchyme pulmonaire de très importantes lésions, des cavernes même parfois, l'auscultation ni la percussion ne donnent aucun renseignement.

Dans un très grand nombre de cas, le diagnostic n'est fait que par la constatation de symptômes en quelque sorte indirects, ne traduisant d'ailleurs que l'infection généralisée et non pas la lésion pulmonaire, exception faite toutefois pour l'adénopathie trachéo-bronchique qui, suivant la loi de Parrot, correspond toujours à une lésion pulmonaire de même espèce. La cuti-réaction a apporté à la solution du problème une aide des plus précieuses. Une réaction positive indique l'existence de la tuberculose chez le nourrisson et celle-ci étant presque toujours pulmonaire à ses débuts, elle permet de soupçonner le siège de la manifestation initiale.

Pour plus de précision, nous nous sommes demandé si, par l'étude comparative des faits cliniques, anatomiques et radiologiques, nous ne pourrions tirer bénéfice de l'examen des enfants suspects aux rayons X. Nous savons déjà que Variot et Barret, Josserand et Roux, Ch. Leroux, Triboulet et Rolland, d'Œlsnitz, bien d'autres auteurs encore, ont pu tirer un excellent parti de l'examen radioscopique pour le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique. Dans une très grande proportion des cas examinés, les ombres des ganglions médiastinaux sont aisément reconnaissables, pourvu que le sujet soit placé dans une position oblique antérieure droite, ou gauche, surtout droite. Très généralement, les masses ganglionnaires sont situées à droite et, comme l'ont bien vu Roux et Josserand, les ombres qu'elles fournissent se continuent par des traits opaques jusqu'au diaphragme en descendant parallèlement au bord droit du cœur, à un centimètre environ de cette ombre. On voit très souvent de l'ombre médiastine se détacher un trait sombre, avec des renflements plus opaques, qui tranchent sur la transparence des lobes inférieurs du poumon, surtout du poumon droit.

Ordinairement, le foyer pulmonaire échappe à l'examen radioscopique, à moins qu'il ne s'agisse d'une lésion très étendue évoluant sous la forme d'une pneumonie caséeuse ou de foyers broncho-pneumoniques confluents. La radiographie rapide, instantanée, donne les meilleurs résultats et permet d'observer les altérations de moindre importance avec parfois une grande netteté. Nous en présentons quelques exemples.

1° Lésion pulmonaire ou ganglio-pulmonaire.

I. — Chez un enfant de quinze jours, chez lequel la cuti-réaction est fortement positive, la radiographie montre à côté d'une épaisse chaîne ganglionnaire, débordant à droite de deux à trois centimètres la ligne médiane, une ombre moins opaque, large d'un doigt, située dans la région du lobe inférieur, à environ un centimètre du diaphragme dont elle est séparée par une bande claire.

Auscultation négative. En arrière sur la ligne scapulaire postérieure, légère submatité. L'enfant meurt de méningite. Dans la zone radiologiquement observée, on trouve un tubercule gros comme un petit pois, émergeant d'un bloc hépatisé qui occupait un territoire important du lobe inférieur droit. Le long de la branche inférieure droite cheminait une chaîne ganglio-lymphatique caséeuse. Partout ailleurs, tuberculose granulique diffuse.

II. — G... Yvonne, 4 mois, malade depuis huit jours, tousse et vomit. T. 36°6. Cuti-réaction positive. Amaigrissement marqué. En arrière à droite et en bas, on entend de temps en temps quelques râles humides. Submatité légère dans la même région. Une première radiographie est faite le 26 avril. Elle montre, à droite, une masse ganglionnaire qui se confond en bas avec l'ombre cardiaque. Du hile part une masse sombre qui descend en s'effilant et en se ramifiant vers la coupole diaphragmatique. En plein parenchyme pulmonaire, quelques taches sombres. Fait important, le diaphragme, aux points où il est abordé par la traînée opaque, est soulevé en une saillie arrondie, formant sur son contour une sorte de feston.

C'est un aspect qui a été décrit par l'un de nous (Maingot) et qui se retrouve chez l'adulte dans les cas de « péribronchite fibreuse » des bronches inférieures droites.

Pendant un deuxième séjour à la crèche, l'état général est très atteint, le foyer de râles existe toujours et paraît s'être étendu. L'image radiographique est toujours aussi nette. Les ganglions sont très distincts, on note toujours la traînée opaque parsemée de taches irrégulières plus foncées, descendant vers le feston diaphragmatique. Le sommet droit est obscur, il en est de même du sommet gauche. Sept jours plus tard, les altérations sont encore plus avancées, L'auscultation des bases révèle, outre le foyer de râles humides du lobe inférieur du poumon droit, une inspiration rude dans le lobe correspondant du poumon gauche. L'image radiographique montre une tache opaque très large, au niveau du hile du poumon droit et des irradiations sombres multiples allant dans tous les segments de l'organe ; la base du poumon est obscure dans toute son étendue et parsemée de petites taches. A gauche, ombre grisée de tout le poumon, sauf dans ses zones supérieures où, sur l'étendue des quatre premiers espaces intercostaux, le poumon reste clair.

L'autopsie n'a pu être faite.

III. — R... Georgette, 7 mois, tousse depuis une semaine. A l'auscultation, râles ronflants disséminés dans tout le poumon droit. A gauche, deux foyers de râles, un en haut, l'autre en bas. A la radiographie, prédominance des lésions dans le lobe inférieur du poumon droit. Taches sombres extrêmement marquées rattachées par un pédicule à l'ombre hilaire très élargie ; traînées opaques multiples divergeant dans tous les lobes ; à gauche une tache sombre dans le lobe supérieur à cheval sur les deuxième et troisième espaces intercostaux. En bas, sinus costo-diaphragmatique très éfloué, à contours mal délimités, traînées sombres très mince partant du hile et disséminées dans tout le poumon sauf dans sa partie inférieure.

Un deuxième examen fait trois mois plus tard, ne révèle pas grand changement dans l'image préalablement observée. Il semble que momentanément au moins, la lésion soit fixée ; en fait, le bébé augmente de poids et est emmené dans sa famille en état relativement bon.

IV. — B... Jules, 9 mois, amaigrissement, toux ; mort de méningite tuberculeuse. Rien à l'auscultation, ni à la percussion. Les rayons X montrent de grosses adénopathies trachéo-bronchiques développées, dans le médiastin à droite et à gauche de l'ombre médiastine médiane. La radiographie met en évidence des taches ou des traits ombrés dans les lobes supérieurs et inférieurs du poumon droit et dans le lobe supérieur du poumon gauche. A l'autopsie, broncho-pneumonie tuberculeuse à foyers disséminés, indiqués par la radiographie, mais plus importants et plus disséminés que ne le donne l'image photographique.

Ces observations représentent les faits que nous avons souvent l'occasion d'observer. Nous constatons que, par la radiographie, il est possible de mettre en évidence une tuberculose ganglio-pulmonaire, insuffisamment indiquée ou même méconnue par la recherche clinique habituelle. Cette méthode permet même de suivre l'évolution de la maladie avec une certaine précision, puisque l'on voit dans l'observation II les foyers éclore et envahir les poumons et, dans l'observation III, où le pronostic paraît bon, la lésion ganglio-pulmonaire rester fixe à trois mois d'intervalle.

2° *Pneumonie caséeuse.*

V. — Un enfant de 15 mois, rachitique, avec gros foie et grosse rate, avec une cuti-réaction positive, présente à l'auscultation, en arrière et à droite au niveau du hile, une expiration soufflante. Aux rayons X : ombres ganglionnaires droites avec taches sombres aux lobes inférieurs et supérieurs du poumon droit. L'enfant resté longtemps à la crèche, en voie d'amélioration, est suivi aux rayons X ; la lésion pulmonaire semble immobile. Mais dans la salle entre par erreur un enfant en incubation de rougeole, notre petit malade contracte la rougeole. Celle-ci évolue régulièrement, la cuti-réaction devient négative et, au lieu d'une convalescence normale, on voit apparaître une température élevée oscillant autour de 40°, une dyspnée intense et un amaigrissement rapide. L'auscultation décèle un double foyer de souffle avec râles humides aux deux bases et du gargouillement en bas et à droite. Aux rayons X, opacité massive du poumon droit et taches nombreuses sur le champ pulmonaire gauche. L'autopsie permet de constater une hépatisation caséeuse du poumon droit avec cavité de la base remplie de pus, granulations et congestion de l'autre poumon.

VI. — Un bébé de 6 mois, avec cuti-réaction positive, présente une adénopathie trachéo-bronchique avec bande opaque au niveau du lobe moyen du poumon gauche. On peut suivre l'extension de la lésion aux rayons, elle gagne le lobe supérieur. A l'autopsie, broncho-pneumonie caséeuse du poumon gauche avec foyers multiples, plus denses dans ses parties supérieures, granulie de l'autre poumon.

VII. — M..., 9 mois, nourri au sein, malade depuis huit jours, présente une opacité totale du poumon droit, le sinus costo-diaphragmatique reste sombre ; à l'auscultation, sur la ligne axillaire postérieure, un souffle à timbre métallique ; la ponction ramenant un pus à pneumocoque, le bébé est opéré ; l'opérateur trouve peu de pus. Aux rayons, le poumon ne s'est pas rétracté et reste opaque. L'enfant meurt.

L'autopsie décèle une pneumonie caséeuse massive du poumon droit, avec tubercules miliaires confluents du poumon gauche et grosse adénopathie trachéo-bronchique.

Ces figures ne sont évidemment pas caractéristiques et peuvent être en rapport avec une hépatisation quelconque. Nous insisterons toutefois sur l'examen radiologique de l'observation IV, parce que malgré que nous ayons très fréquemment suivi aux rayons X l'évolution du foyer pneumonique, nous n'avons jamais constaté la forme triangulaire de l'ombre répondant au territoire hépatisé et qui semble appartenir à l'hépatisation franche aiguë (Weill et Mouriquand). L'opacité s'est pour ainsi dire révélée soudainement et massive d'emblée, comme si la rougeole avait réveillé une série de foyers bacillaires latents.

3° *Adénopathie trachéo-bronchique avec cornage.*

VIII. — Chez un bébé présentant du stridor expiratoire avec crises de dyspnée et cyanose non soulagées par le tubage, la radiographie révèle une grosse adénopathie trachéo-bronchique débordant à gauche l'ombre médiastinale et une ombre très opaque occupant le territoire du poumon gauche qui répond aux quatre premiers espaces intercostaux. C'est une figure analogue à celle qui a été vue par Sluka dans un grand nombre de faits semblables. Y a-t-il toujours opacité pulmonaire comme l'a vu cet auteur ? nous l'ignorons. Dans un cas de cornage avec grosse adénopathie, nous n'avons pu faire une constatation analogue.

4° *Pleurésie.*

Les rayons X ne donnent ici rien de particulier. Nous signalons simplement une observation de pleurésie interlobaire sèche chez un nourrisson de 9 mois, qui a pu être diagnostiquée d'après les signes et la méthode radiologique indiqués par M. Béclère (obs. IX).

Tels sont les faits que nous avons pu observer et que mettent bien en lumière les radiographies instantanées. Nous formulerons les conclusions qu'ils comportent de la manière suivante :

1° Pour mettre en évidence les foyers tuberculeux pulmonaires chez le nourrisson, la radiographie rapide complète de très heureuse façon les résultats obtenus à l'écran fluorescent.

2° Cette méthode révèle des lésions parenchymateuses que dans la majeure partie des cas l'examen stéthoscopique est insuffisant à déceler.

3° Elle apporte des résultats intéressants puisque dans un grand nombre de faits, on voit le foyer pulmonaire satellite de l'adénopathie similaire, dont l'autopsie établit la constance quasi-absolue dans la tuberculose du premier âge.

4° Les rayons X permettent de situer ce foyer ganglio-pulmonaire. Alors que chez l'adulte la tuberculose semble débuter au sommet et que c'est en ce point que l'on doit chercher à « dépister », suivant l'expression de Grancher, la lésion tuberculeuse en évolution, chez le nourrisson, les localisations initiales sont tout autres et peuvent occuper un territoire quelconque du poumon, les bases de préférence (Küss) et plus particulièrement, d'après les données fournies jusqu'à ce jour par nos recherches, à la base droite, fait également constaté par notre ami E. Rist. Comme l'a déjà vu M. Variot, les études de Grancher ne s'appliquent qu'aux adultes ou aux enfants déjà grands. C'est généralement ailleurs qu'au sommet qu'apparaît la lésion tuberculeuse initiale.

5° Les images anormales fournies par les rayons X consistent en taches opaques, disposées généralement à la périphérie du poumon ou le long d'un arbre bronchique qui apparaît sur les épreuves sous formes de traînées sombres rayonnant du hile vers la périphérie.

6° On peut, si les circonstances s'y prêtent, suivre l'évolution des lésions pulmonaires par des examens en série qui révèlent soit la fixité des images obtenues dans les cas où la lésion ne progresse pas, soit l'extension brusque, rapide, parfois massive d'une tuberculose envahissante.

Il va sans dire que ces conclusions ne s'appliquent pas à toutes les observations ; bien souvent, il nous est arrivé de trouver à l'autopsie d'importantes lésions dont l'existence était restée insoupçonnée pendant la vie. Nous ne prétendons pas que les rayons X puissent à eux seuls solutionner les difficultés du diagnostic de la tuberculose pulmonaire du nourrisson. Mais ils nous donnent une aide précieuse qu'on ne saurait négliger. (1).

L'EXTINCTION DE VOIX DE BOILEAU

On vient de vendre à l'hôtel Drouot une autographe de Boileau ; c'est une lettre, adressée à Racine, le 21 juillet 1687, où il lui donne des nouvelles du traitement qu'il suivait à Bourbon pour soigner son extinction de voix :

« M. Bourdier, mon médecin, me remplit toujours de grandes espérances. Il n'est pas de l'avis de M. Fagon pour le bain et cite mesmes des exemples de gens non seulement qui n'ont pas recouvert la voix mais qui l'ont même perdue pour s'être baignés. Du reste, on ne peut pas faire plus d'estime de M. Fagon qu'il en faict et il le regarde comme l'Esculape de ce temps. »

Cette pièce a été adjugée 2.400 francs.

(1) Soc. de Pédiatrie.

ASSOCIATION MÉDICALE INTERNATIONALE

pour aider à la suppression de la Guerre

Assemblée Générale annuelle du 21 Mars 1913

Comme les années précédentes, cette Réunion, s'est tenue à Paris, 25 rue des Mathurins, sous la présidence du Docteur J. Rivière. Après le discours du Président, le secrétaire Général, le Docteur J. Mazery, et le trésorier, le Docteur Barrè, ont présenté leurs rapports respectifs et ont fait une fois encore, ressortir que le bel essor donné à l'association était dû au Docteur Rivière qui, seul, jusqu'à ce jour, avait assumé les frais très élevés de fondation et de propagande.

Des remerciements ont été votés au Docteur Lucien Graux, Rédacteur en chef de la *Gazette Médicale de Paris*, pour l'aide apportée à ce vaste groupement par son important organe.

L'Association a reçu du Bureau permanent de la Paix de Berne 250 francs (dotation Carnegie) ;

Ont pris part à la discussion générale les Docteurs :

Smester, Séailles, Antonelli, Saltas, Suarez de Mendoza, de Torrès Mendiola, Peyré, C. Hahn, Estrada, Barré, Boutet, Dagincourt, Hugues, Mazery,............

Ont été désignés comme délégués au prochain Congrès de la Paix, les Docteurs :

Smester, Peyré, C. Hahn, Boutet, Séailles, Estrada, Antonelli, de Torrès Mendiola, Dagincourt, Mazery, Hugues, Suarez de Mendoza et Barré.

Nous reproduisons ci-après la très suggestive allocution du Président :

Messieurs et chers Confrères,

La période de tourmentes que nous traversons et qui paralyse tant d'énergies a créé un pessimisme général que nous ne partageons pas.

Certains faits, comme les efforts salutaires auxquels nous assistons, sont, pour nous, des indices d'une gestion laborieuse d'où sortira l'œuvre féconde que nous entrevoyons.

La fonction internationale existante réclame et commande l'organe recteur que nous préconisons.

Les commisions nommées jusqu'ici, qu'elles siègent à Algésiras, à Londres ou à Paris, qu'elles s'appellent même la Cour d'arbitrage de la Haye, sont des pis aller, des essais qui, pour masquer les volontés des gouvernements, n'en sont pas moins leur émanation propre ; elles sont encore le reflet de certains intérêts dynastiques où la mentalité d'antan se heurte à l'esprit nouveau. Les rares gouvernements qui émanent de la nation entière ont à répondre à des arguments qui ne se réclament pas de l'intérêt général ; et faute des tribunaux composés à la façon que nous avons indiquée, on va à l'échec certain.

Nous avons assisté, ces temps derniers, à un spectacle réconfortant et du plus haut enseignement : le représentant le plus autorisé d'une nation qui peut s'enorgueillir d'avoir donné le jour aux idées les plus généreuses et les plus chevaleresques, a, tout au début du conflit balkanique, procédé à la façon du médecin qui vient circonvenir une épidémie ; il a, fort habilement, chargé ceux qui étaient susceptibles d'être contaminés de s'observer mutuellement. Cette manœuvre habile a condamné les deux grands adversaires éventuels à la stricte observance des lois protectrices.

Pendant ce temps, une savante diplomatie, a prévenu la contamination. La catastrophe qui n'aurait pas manqué de se produire, a été ainsi évitée.

Nous avons alors assisté à ce spectacle unique dans l'histoire de l'Europe moderne : le dépeçage de l'homme malade, et une reconstitution ethnique, sous les yeux attristés et impuissants de ses grands voisins, avides de ses dépouilles.

Tel est le miracle accompli par l'homme éminent qui occupe aujourd'hui la plus haute magistrature en ce pays, et auquel va la reconnaissance des peuples.

C'est le vrai triomphe de l'Idée.

C'est parce que nous assistions ,émus, à ce labeur immense et que nous étions conscients de la valeur de l'effort et du résultat que notre activité internationale s'est, un instant, recueillie.

S'autoriser de demande d'accroissement de l'Armée pour parler du recul de l'esprit pacifique, est une erreur.

La volonté d'éviter la guerre domine les esprits. Elle ne rencontre d'obstacle que dans l'ambition d'un seul.

Les sages ont à compter avec les erreurs ataviques : l'illogisme universel, résultat d'une éducation faussée dès le herceau. Ce sophisme, « *Si vis pacem, para bellum,* » trouve, de nos jours encore, son application.

Un Génie malfaisant contraint les armements. Sortir de ce cercle vicieux, est d'impérieuse nécessité : la vieille Europe va à l'abîme.

Seule, notre conception des deux tribunaux, avec, pour sanction, une police internationale, résoudrait le grand problème.

Le désarmement en serait la conséquence obligée, comme le libre échange si nécessaire à l'équilibre général.

A ce sujet, nous sommes heureux de reproduire ce qu'écrivait le Dr Rivière, en avril 1905, dans son organe : *Les Annales de Physicothérapie.*

SOLUTION & REMÈDE

En attendant que tous les peuples aient compris les bienfaits du libre échange qui à lui seul, ferait disparaître les causes des guerres modernes, nous sommes d'avis que, pour supprimer la guerre, il suffirait d'appliquer aux nations les lois qui régissent les individus.

Certains actes, bien que dérivant des lois naturelles, sont considérés délits par la société et jugés tels par des juridictions spéciales.

L'esprit humain s'est depuis longtemps soumis à ce mode de réglementation sociale.

De l'individu à la nation il y a qu'un pas à franchir, mais avec cette différence que le tribunal chargé d'apprécier et de juger les questions internationales, *doit être composé de tous les éléments qui constituent une nation.*

Chaque profession, chaque corporation de chaque pays devraient être représentées dans ce Haut Tribunal qui prendrait le nom de *Tribunal International.*

Au-dessus de lui, une juridiction suprême s'appellerait *Tribunal Humanitaire.*

Les membres du premier qui représenteraient chaque corporation et chaque profession, seraient directement élus par elles.

Les membres qui composeraient le second seraient élus directement par les citoyens de chaque pays.

La sanction de ces deux tribunaux souverains ne sera pas plus difficile à appliquer que celle des simples tribunaux : une *police internationale* remplacerait la police nationale (1).

La sanction morale qui se dégagerait du verdict du Tribunal Humanitaire serait, à elle seule, suffisante

Mais il est un palliatif que, dès aujourd'hui, il serait du devoir du tribunal déjà constitué à La Haye, d'appliquer : *la prohibition de certaines armes meurtrières*, dont se servent aujourd'hui les nations, dans un raffinement de cruauté, et *le contrôle* de la fabrication de toute arme de destruction.

Cette dernière mesure est, à l'heure présente, une mesure de haute prophylaxie.

Tout retard dans son application peut amener les pires catastrophes.

L'Humanité, désormais à l'abri du monstre qui absorbait et annihilait toutes ses énergies, envisagera l'avenir sous un jour plus clément, et débarrassée de toutes les querelles qui retardaient sa marche aboutira à cette *unification* des poids, des mesures, des monnaies, des langues et des religions qui assurera la bonne harmonie universelle.

Dr J.-A. RIVIÈRE.

Président de l'Association Médicale Internationale contre la guerre.

(1) Cette police ne serait autre qu'une armée internationale ; nous employons à dessein le mot *police* dont la fonction est de frapper le délinquant.

Ces vœux ont été votés, en plusieurs occasions, dans les Assemblées générales de l'Association.

REVUE CLINIQUE

Irrégularité pupillaire et réaction de Wassermann

par MM. Pr. MERKLEN et LEGRAS

La clinique a déjà eu souvent l'occasion d'insister sur l'origine syphilitique de l'irrégularité pupillaire.

Rappelant que Terson avait avant eux noté la coïncidence de l'irrégularité pupillaire avec le signe d'Argyll, Joffroy et Schrameck (1) abordent l'étude détaillée de la question. Mises à part les synéchies antérieures ou postérieures et les anomalies congénitales, ils interprètent l'irrégularité pupillaire comme le symptôme le plus précoce d'iridoplégie ; ils la retrouvent de façon courante chez tous les sujets qui présentent le signe d'Argyll. Babinski voit aussi l'inégalité des contours pupillaires se dessiner avant l'Argyll.

Piltz (2) accorde à l'irrégularité pupillaire une valeur presque aussi grande qu'à l'abolition du réflexe lumineux et retient son apparition rapide par rapport à cette dernière.

Ces données s'affirmaient il y a dix ans environ en même temps que s'établissait la notion de l'origine syphilitique du signe d'Argyll. La même étiologie fut appliquée par là même à l'irrégularité et Dufour (3) était autorisé à conclure à un rapport très direct, dans un grand nombre de cas, entre la syphilis et les déformations pupillaires.

Aujourd'hui, une irrégularité pupillaire sans lésions du globe éveille communément dans l'esprit du médecin l'idée de syphilis. La plupart des neurologistes admettent cette manière de voir, de même les ophtalmologistes et Morax (4) reconnaît à l'irrégularité une très grande importance pour le diagnostic de la syphilis avec ou sans manifestations nerveuses.

Terrien (5) est moins affirmatif et signale le symptôme chez des alcooliques non syphilitiques. Les statistiques plus anciennes de Roger Mignot (6) et de Marandon de Montyel (7) mon-

(1) Joffroy et Schrameck. Des rapports de l'irrégularité pupillaire et du signe d'Argyll-Robertson. *Soc. de Neurologie*; 13 mars 1902.

(2) Piltz. Ueber den diagnostichen Werth der Unregelmässigkeiten des Pupillarrandes bei den sogen. organischen Nervenkrankheiten. *Neurol. Centralbl.*, 16 juillet et 1er août 1903.

(3) Dufour. Relations existant entre les troubles pupillaires, la syphilis et certaines maladies nerveuses (tabes. paralysie générale). *Soc. méd. des Hôp.*, 13 juin 1902.

(4) Morax. *Précis d'Ophtalmologie*, Paris 107.

(5) F. Terrien. *Syphilis de l'œil et de ses annexes.* Paris 1905.

(6) Roger Mignot. Contributions à l'étude des troubles pupillaires dans quelques maladies mentales. *Thèse*, Paris, 1899-1900.

(7) Marandon de Montyel. Des troubles et des déformations pupillaires chez les vésaniques. *Presse médicale*, 18 septembre 1901.

trent sa fréquence relative chez les vésaniques, moindre, il est vrai, que chez les paralytiques généraux. Mignot va même jusqu'à refuser toute signification aux déformations, demandant que soit tout d'abord fixée la valeur des divers types, irrégularités à grand diamètre vertical, transversal, oblique externe ou interne, quadrangulaire, etc. Bien plus, il trouve 22,58 p. 100 de déformations pupillaires chez les sujets sains et rappelle à ce propos la statistique de Foucher qui aboutissait au même chiffre de 22,07 p. 100.

Depuis ces recherches, la réaction de Wassermann a permis de dépister nombre de syphilis ignorées. Bien que la clinique, à l'aide de documents sans cesse accumulés, ait établi ces dernières années l'origine spécifique habituelle de l'irrégularité, il était légitime de se demander si la connaissance de cette réaction ne devait pas apporter quelque modification à la doctrine de l'irrégularité symptomatique de spécificité.

Aussi, avons-nous essayé de déterminer dans quelles proportions l'irrégularité se trouve en coïncidence avec la réaction de Wassermann. A cet effet, nous avons pratiqué cette dernière dans le sérum ou le liquide céphalo-rachidien de 25 sujets porteurs d'irrégularité.

Nos 25 cas se décomposent comme suit :

a) Dans une première série de douze, la syphilis était *évidente* et donnait lieu à une réaction de Wassermann *positive* dans le sérum et, pour les quatre d'entre eux où la recherche en fut poursuivie, dans le liquide céphalo-rachidien.

Parmi ces douze faits, six fois l'irrégularité pupillaire faisait partie du cortège symptomatique du tabes ; une fois, de celui de la paralysie générale, suivant des données aujourd'hui bien classiques.

Une myélite avec manifestations spasmodiques traduisait deux fois l'atteinte spécifique des centres nerveux.

Trois fois, abstraction faite de l'irrégularité pupillaire, le système nerveux était cliniquement indemne ; un malade souffrait d'aortite, les deux autres de pneumonie et d'asystolie.

b) Dans une deuxième série de sept, les déclarations et l'examen des malades *ne révélaient pas* de syphilis, indépendamment de leur irrégularité pupillaire ; mais la réaction de Wassermann était *positive* chez eux, dans le sérum pour cinq d'entre eux, dans le liquide céphalo-rachidien pour un, dans les deux milieux enfin pour un.

Six de ces sujets souffraient d'affections diverses qui laissaient intact leur système nerveux ; la dernière seule, âgée de quarante ans, était traitée pour une hémiplégie organique.

c) Une troisième série comprenait six malades atteints d'irrégularité pupillaire avec Wassermann *négatif*. Mais l'un, en dépit d'un Wassermann négatif dans le sang et le liquide cérébro-spinal, était sûrement syphilitique et nous avions même eu antérieurement à le traiter ; un autre l'était bien vraisemblablement, comme en témoignaient des cicatrices abdominales assez caractéristiques.

Restaient donc quatre sujets chez qui aucune raison valable ne permettait de retenir l'idée de spécificité.

En résumé, sur vingt-cinq malades atteints d'irrégularité pupillaire, la réaction de Wassermann fut dix-neuf fois positive dans le sérum ou le liquide céphalo-rachidien. Cette proportion vient à l'appui de l'origine syphilitique de l'irrégularité, établie par la clinique ; encore est-elle au-dessous de la vérité, puisque nous avons vu l'irrégularité coexister avec un Wassermann négatif chez un syphilitique avéré et chez un syphilitique probable.

Ces constatations démontrent l'utilité d'une recherche systématique de l'irrégularité pupillaire, qui apparaît une fois de plus comme un bon moyen de dépister la syphilis. C'est d'autre part une investigation facile, au sujet de laquelle avec un peu d'attention il n'y a guère d'erreurs possible. Dans les cas douteux, il suffit de regarder la pupille à l'éclairage oblique ou à la loupe pour mettre en évidence les cornes et les aplatissements qui réalisent le symptôme.

L'irrégularité coïncide souvent avec l'inégalité et le signe d'Argyll. Il en fut ainsi pour quelques-uns de nos sujets du premier groupe, l'ensemble constituant dès lors un complexus dont on sait la valeur. L'intérêt de l'irrégularité s'efface en pareilles circonstances derrière un signe aussi important que celui d'Argyll. C'est surtout à *l'état isolé* que l'irrégularité acquiert toute sa signification pratique ; il importe alors de ne pas la négliger.

Elle frappe l'un ou les deux yeux. Dans notre petite statistique, les proportions étaient équivalentes ; douze irrégularités doubles pour treize irrégularités simples. De toutes façons, les données diffèrent-elles à cet égard avec le moment où se surprend le processus, qui, dans plusieurs cas tout au moins, attaque successivement l'un et l'autre œil.

Indiquons enfin que, dans les dix-neufs cas où l'irrégularité accompagne un Wassermann positif, dix fois se notaient des signes cliniques d'atteinte syphilique de centres nerveux ; neuf fois, ceux-ci faisaient défaut. Les deux alternatives arrivaient donc à égalisation. (1)

(1) Soc. méd. des hôp.

REVUE DE PATHOLOGIE

Syndrome hyposphyxique et insuffisance pluriglandulaire

Par M. le Docteur Alfred MARTINET

L'hyposphyxie est constituée par l'association d'une tension vasculaire différentielle faible absolument ou relativement et d'une viscosité sanguine élevée. Ces deux facteurs combinés réalisent au maximum le type de la circulation ralentie si fréquent chez les jeunes filles, les sédentaires, les prétuberculeux, etc., etc. et caractérisé surtout par la faiblesse du pouls, le refroidissement habituel avec cyanose des extrémités, la tendance à la pléthore veineuse, aux varices, au gonflement du foie, la sensibilité au froid, etc...

L'hyposphyxie est de façon à peu près constante combinée à l'insuffisance pluriglandulaire qu'elle domine et conditionne. On constate en effet chez les hypospbyxiques de la dyspepsie gastro-intestinale par insuffisance pluriglandulaire digestive et des troubles variés rattachés depuis longtemps à l'insuffisance des glandes à sécrétion interne (thyroïde, ovaire, glandes surrénales, hypophyse, etc.) savoir : céphalée, migraines, dysménorrhée, asthénie, asthme, dystrophies pilaires, etc., etc.

D'ailleurs inversement le syndrome hyposphyxique se trouve expressément mentionné dans la plupart des descriptions des syndromes d'insuffisance glandulaire.

REVUE DE PATHOLOGIE

Perforation de l'estomac au niveau du fond d'un cancer ulcéré et volvulus du grêle dus à l'ingestion de bouillie barytée

Par MM. les Docteurs FAIRISE et CAUSSADE

On emploie fréquemment aujourd'hui la radiographie comme procédé de diagnostic, ou tout au moins comme complément des méthodes habituelles de diagnostic des affections de l'estomac. Pour obtenir des images nettes des viscères creux, l'ingestion d'une bouillie opaque aux rayons X est d'un secours précieux. Le nitrate, le carbonate de bismuth, le sulfate de baryte, tons sels peu toxiques, sont les corps les plus employés. Les auteurs qui les ont utilisés ont rarement signalé des accidents produits après l'absorption de telles substances. Dans les différents traités ou revues que nous avons pu consulter, nous n'avons trouvé aucun fait semblable à celui que nous allons rapporter.

I. — Observation clinique. — X...., cultivateur, âgé de 58 ans, entre à l'Hôpital dans le service de M. le Professeur Simon, le 6 janvier dernier. Il se plaint de vomissements et de crampes d'estomac. Les vomissements surviennent généralement le soir, vers 11 heures ou minuit. Plusieurs fois le malade a eu des hématémèses. Il a beaucoup maigri ces derniers temps. Ces symptômes durent, dit-il, depuis dix-huit mois.

L'hérédité et les antécédents personnels ne jouant aucun rôle dans l'étiologie de la maladie actuelle, nous les passerons sous silence.

L'état, au moment de l'entrée est le suivant : le sujet est un homme de taille moyenne, cachectisé, au teint jaune cireux.

L'appareil digestif seul présente des troubles dignes de retenir l'attention. La langue est saburrale, l'haleine fétide. Le malade accuse des douleurs épigastriques irradiées aux côtés de l'abdomen, constantes, avec paroxysmes. L'estomac est dilaté, formant une voussure sus-ombilicale très apparente. La percussion, indolore, indique la pneumatose stomacale. Le ventre est souple et sans ascite. Au-dessous du grand droit du côté droit on a l'impression d'un empâtement profond. La zone de percussion du foie est normale.

Dans les deux plis inguinaux et le long des vaisseaux fémoraux, on sent une chaîne de petits ganglions hypertrophiés.

Ces signes, joints aux anamnestiques, paraissent suffisants pour établir le diagnostic de néoplasme gastrique avec gêne dans l'évacuation stomacale, sans que l'on puisse toutefois affirmer l'existence d'une tumeur juxta-pylorique.

L'examen cytologique d'un liquide de lavage, selon le procédé de Lœper, montre l'existence de cellules à caractères néoplasique, dont l'identité sera d'ailleurs nettement démontrée plus tard quand on comparera leurs caractères avec ceux des produits de raclage de la lésion trouvée à l'autopsie.

Pour obtenir de plus grandes précisions, au point de vue du siège surtout, on résout d'employer les moyens radiographiques. Le 8 janvier, on fait ingérer au patient une bouillie barytée (150 gr. de SO^4 Ba). Pendant l'examen, le malade a une faiblesse, mais sans aucune douleur vive. On l'aide à se remettre et l'on termine rapidement la radioscopie.

Celle-ci indique un estomac dilaté, avec deux culs-de-sac, dont un gauche très volumineux. Le droit placé exactement en-dessous du premier, à gauche de la ligne médiane, descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les contractions stomacales sont abolies.

Le soir le malade ne présente aucun nouveau trouble. Comme auparavant, il vomit ce qu'il a absorbé. Le pouls est à 80, le ventre souple. Il n'y a pas de fièvre.

Le 9 janvier, le décès survient sans nouveau symptôme.

II. — Autopsie. — Il faut noter l'état de profonde cachexie avec aspect gélatino-muqueux, du peu de graisse qui persiste dans les tissus.

Le péritoine renferme presque un litre d'un liquide trouble, laiteux, un peu jaunâtre. Les anses intestinales apparaissent saillantes, dépolies, dilatées par un tympanisme considérable.

L'*estomac* est nettement hiloculaire. Son cul-de-sac gauche est extrêmement dilaté et contient encore un peu de bouillie barytée. Le cul-de-sac droit est très petit.

En amont de la valve pylorique, dans le cul-de-sac droit, il existe une ulcération ovalaire, allongée obliquement de haut en bas et de gauche à droite, dont le grand axe mesure 7 centimètres, le petit 5 centimètres. Les bords en sont saillants, formant un bourrelet irrégulier, bourgeonnant, de consistance très ferme. La valvule pylorique est intéressée, épaissie et largement béante. Le fond de l'ulcération tombe sur la tête du pancréas dans la moitié supérieure de la perte de substance.

Il s'est fait à ce niveau une réaction fibreuse sur la face antérieure de la glande. Au-dessous du pancréas, il existe une perforation à bords légèrement hémorragiques certainement *ante-mortem*. L'estomac, au pourtour de la perforation, est atteint de périgastrite fibreuse. Sur ces lésions fibreuses se sont déposées des fausses membranes fibrino-purulentes, récentes. On peut suivre la coulée du liquide baryté, dans la cavité péritonéale. L'examen histologique d'un fragment du bourrelet marginal montre qu'il s'agit d'un épithéliome cylindrique, à type intestinal.

Sur une certaine longueur (2 mètres 50), les anses sont grêles dilatées à l'extrême par des gaz et des matières liquides. Ces anses dilatées sont celles formées par la première partie du jéjuno- iléon. La partie terminale de cet intestin (0 mètre 60) est au contraire affaissée, vide. A priori, on pense à un obstacle au cours des matières intestinales. C'est en effet ce qui existe. En soulevant les anses dilatées, au niveau desquelles le diamètre atteint jusque 8 centimètres, c'est-à-dire le volume habituel du côlon transverse, on voit que, à gauche du cœcum, il s'est produit un véritable volvulus.

Une anse placée vers la terminaison du jéjuno-iléon est enserrée, ainsi que son pédicule mésentérique, par une anse supérieure qui a basculé et s'est enroulée autour d'elle. *L'anse enserrée* est congestionnée, d'un rouge foncé. Sa lumière renferme un liquide hémorragique. La muqueuse est fortement teintée en rouge. La portion du méso correspondant à l'anse étranglée est le siège d'une hypérémie veineuse considérable; son tissu est teinté en rouge brun. *L'anse enserrante* est vide et la surface au contact de la portion stricturée est le siège d'altérations congestives. La surface péritonéale de l'intestin dans les zones à position anormale est dépolie, recouverte d'épaisses fausses-membranes. En aval du volvulus, il reste 60 centimètres d'iléon en état complet de vacuité. Les anses situées en amont sont fortement tympanisées. Mais elles contiennent aussi un liquide blanc laiteux, extrêmement dense, ce que l'on apprécie fort bien en soupesant avec la main. Ce liquide est formé par l'émulsion barytée.

Le côlon est presque vide. Ses tuniques muqueuses et musculaires sont anormales. Le péritoine viscéral est dépoli. Cœcum et appendice normaux.

Le foie, la rate, le cœur présentent les caractères qu'ont ces organes dans les septicémies à marche rapide, d'origine péritonéale.

Les poumons sont œdémateux dans leurs lobes inférieurs.

III. — QUELLE PATHOGÉNIE PEUT-ON RECONNAITRE A CES ALTÉRATIONS? — La perforation de l'estomac au niveau du fond de l'ulcération cancéreuse est une trouvaille banale. Cependant ici, il nous semble possible d'admettre que l'ingestion de baryte, corps d'une densité énorme, ait pu y contribuer. Une paroi extrêmement amincie, formée d'un tissu néoplasique très peu résistant, s'est rompue sous l'influence de cette pression inaccoutumée.

Le volvulus, constitué ici par la striction exercée par une anse duodéno-jéjunale enroulée autour d'une anse d'iléon et de son mésentère, paraît bien produit par un mécanisme particulier que nous allons exposer.

Le liquide baryté, extrêmement lourd, a entraîné une anse, l'a fait basculer autour d'une antre anse située en position plus déclive. L'enserrement de celle-ci et de son axe mésentérique était ainsi réalisé. Un tel mécanisme n'est pas signalé dans la production du volvulus chez l'homme. La pathologie comparée nous montre que chez les grands herbivores, et en particulier le cheval, chez lequel le volvulus est fréquent, un des modes de production est celui que nous invoquons dans notre cas. Lorsque l'animal, après un long jeûne, absorbe gloutonnement de grandes quantités d'eau ou d'aliments pâteux, la masse arrivant brusquement dans l'intestin est susceptible de déplacer les anses et de produire cette bascule, cet enroulement d'un segment sur un autre. Chez les solipèdes cet accident est favorisé par la longueur de l'intestin et aussi par celle du mésentère, peut-être aussi par le mode de station. Il faut dire encore que le rôle de l'estomac des équidés est tout différent de celui de l'homme. Ce réservoir, très petit, laisse passer forcément l'eau aussi vite qu'elle est ingérée. Chez l'homme, l'estomac emmagasine, — un temps parfois court il est vrai, — les ingesta, et les laisse passer plus lentement par le pylore. Dans notre cas, quelque chose d'analogue à ce qui se passe chez le cheval existait, puisque le pylore était lésé.

Nous devons nous demander aussi *laquelle des deux lésions*, la perforation et le volvulus, *a précédé l'autre*. Il est fort possible que la perforation stomacale se soit produite d'abord, entraînant des phénomènes péritonéaux, avec parésie des anses intestinales, conditions éminemment favorables à la production de l'accident. Peut-être un intestin sain ne se fût-il pas laissé ainsi déplacer. Cependant, il est possible, chez certains animaux comme le chien, de produire des torsions, coudures ou nœuds de l'intestin par l'ingestion d'une substance pesante (grenaille de plomb, mercure). Il faut dire que le poids s'exerçant de dedans en dehors sur la paroi intestinale la paralyse comme le fait la distension d'un viscère creux. Théoriquement donc, l'action de la pesanteur est suffisante pour expliquer le volvulus, puisqu'elle peut paralyser primitivement une anse et l'entraîner ensuite dans une position anormale. Il est possible aussi que cette paralysie provoque de l'hyperpéristaltisme dans les portions voisines du viscère.

Ce simple aperçu montre que la pathogénie que nous invoquons est complexe.

Néanmoins, un fait reste bien certain, dans notre cas, c'est l'existence d'une stricture d'une anse grêle par une anse voisine sous l'influence d'une ingestion de bouillie barytée. L'accident a pu d'ailleurs survenir primitivement ou secondairement à la perforation stomacale et à la péritonite ou même seulement au péritonisme. Le malaise du patient après l'absorption de la pâte a probablement coïncidé avec le début des lésions.

Sans doute cet accident résulte-t-il d'un concours de circonstances tout particulier, et un mécanisme relativement fréquent chez le cheval, dont l'appareil digestif diffère de celui de l'homme, doit rarement intervenir chez ce dernier.

Nous pensons que ce sont justement ces raisons qui font que notre cas mérite d'être signalé. Il n'est pas seulement intéressant au point de vue pathologie comparée. On peut en tirer *une conclusion pratique* qui est la suivante : malgré le peu d'accidents enregistrés dans l'administration de pâtes minérales en vue de la radioscopie du tube digestif, il est bon d'être prévenu que des poudres trop lourdes peuvent produire des accidents. Parmi les corps opaques aux rayons X, il y a lieu de rejeter ceux qui, comme le sulfate de baryte, sont trop denses ou tout au moins de ne les donner qu'en petite quantité. Les pâtes bismuthées moins lourdes, doivent être moins dangereuses. Le nitrate est à rejeter en raison de sa toxicité. Il faudrait donc prendre de préférence le carbonate.

M. Guilloz pense que le poids a joué un rôle dans la production du volvulus, mais un rôle partiel. En réalité, il ne faut pas charger l'intestin pour faire un examen radiographique (1).

REVUE DE CHIRURGIE

Occlusion aiguë dans un estomac biloculaire

Par le Docteur L. CLÉMENT

Chef de Clinique chirurgicale de l'École de Médecine

Le 8 janvier dernier, entrait dans le service de M. le professeur Imbert, une femme de 32 ans, avec le diagnostic d'occlusion intestinale.

A première vue, son état paraissait lamentable : agitée, cyanotique, respirant par saccades, et surtout rejetant incessamment par la bouche une quantité considérable de liquide verdâtre, bilieux, elle donnait l'impression d'une fin très prochaine. Impossible d'ailleurs de l'interroger; c'est à peine si on put comprendre dans ses réponses que l'état dans lequel elle se trouvait durait depuis 15 jours et que le début en avait été très brusque.

A l'examen physique, on trouvait un abdomen ballonné, mais surtout à sa partie supérieure : en ce point et se prolongeant vers l'hypocondre gauche, on parvint à délimiter une tuméfaction, masse solide à peu près immobile, mate et ne se continuant nettement avec aucun organe de l'abdomen ; et l'idée la plus naturelle fut qu'on avait à faire à un néoplasme auquel on attribua les phénomènes d'occlusion plus haut constatés. Le reste du ventre quoique moins distendu était nettement tympanique. Le toucher rectal ne fournit pas de renseignement.

On chercha d'abord à remonter la malade par des moyens habituels (huile camphrée à haute dose, sérum, toni-cardiaques, etc.,) mais rien n'y fit, et devant l'aggravation des symptômes, je décidai d'intervenir, avec l'autorisation de M. le prof. Imbert. Je fis anesthésier la malade, et à ce moment la dilatation abdominale prit une forme bien caractéristique qui permit à mon camarade Dor d'envisager la possibilité d'une occlusion intestinale haut située. Cette dilatation occupait maintenant la zone gastrique, zone agrandie vers le bas jusqu'à l'ombilic. Je fis une incision sus-ombilicale que je prolongeai plus tard pour avoir du jour.

Dès l'ouverture de l'abdomen, l'estomac, énorme, vint se hernier à travers la plaie ; il était véritablement gonflé à crever, très-aminci, violacé, et à travers sa paroi rendue transparente, on voyait les ondulations d'un liquide noirâtre, abondant.

Je pensai à l'existence d'un obstacle pylorique, cancer ou ulcère, ou obstacle extrinsèque, mais au cours des recherches, il m'apparut que la région prise tout d'abord pour le pylore n'était qu'un point anormalement rétréci de l'estomac, et que le pylore existait normal à sa place habituelle. La partie intermédiaire à ces deux zones rétrécies était elle-même dilatée, moins cependant que la partie plus haut décrite, et formait un véritable petit estomac secondaire.

Nous avions affaire à un estomac biloculaire.

L'orifice de communication entre les deux poches était étroit au point de ne pas permettre l'évacuation par pression du contenu de la 1re poche dans la 2e. De même le pylore paraissait légèrement rétréci, spasmodiquement sans doute, car la pression parvenait à vider cet antre pylorique dans le duodénum.

J'isolai alors une large portion de chaque poche avec des pinces à mors élastiques et, ramenant en avant ces deux portions, je fis une longue suture séro-séreuse, accolant les deux poches l'une à l'autre en avant de la région sténosée.

J'incisai ensuite largement les parois stoma-

(1) Soc. de méd. de Nancy.

cales à 3 c. à droite et à gauche de la ligne de suture et, après surjet total des parois gastriques, je fis un surjet séreux de protection pour la demi-conférence antérieure de l'orifice. En somme, gastro-gastrostomie, opération de tous points analogues à la gastro-entérostomie.

J'explorai ensuite rapidement l'intestin pour voir si aucun obstacle n'y siégeait, entraînant les phénomènes d'occlusion-intestinale signalés plus haut. Je découvris une bride péritonéale qui étrangeait la partie supérieure de l'iléon et la coupai entre deux pinces. Fermeture de la paroi au fil d'argent.

La malade fut très agitée dès son réveil et mourut dans la nuit, 6 h. après l'opération.

Voici la description de la pièce d'autopsie. Elle nous montre une première poche extrêmement amincie, réduite à une feuille de papier, surtout au niveau de la grosse tubérosité, poche représentant la majeure partie (à peu près les 3/4) de l'estomac. La poche prépylorique, dilatée elle aussi, présente des parois plus épaisses, et entre les deux, cachée derrière l'anastomose, se trouve l'orifice ou plutôt le canal de communication, long de 3 c. environ et admettant l'index. Le pylore est normal, perméable, sa valvule très nette.

Nulle part il n'y a trace d'ulcération ni de callosités, la muqueuse n'est pas épaissie, elle ne présente pas de lésion néoplasique.

Cette parfaite intégrité de l'organe nous permet d'envisager, en l'absence d'antécédents, soit l'hypothèse d'une cicatrice de brûlure très ancienne par ingestion de caustique, soit plutôt celle d'une biloculation congénitale, lésion ayant déjà peut-être occasionné des troubles antérieurs aux accidents aigus actuels, mais dont nous n'avons pu avoir l'histoire, étant donné l'état extrêmement grave de la malade à son entrée à l'hôpital.

Les accidents d'occlusion aiguë dans un estomac biloculaire paraissent rares. On se contente d'admettre depuis Marion (*De l'intervention chirurgicale dans le cours et dans les suites de l'ulcère simple de l'estomac*, thèse de Paris, 1897), que « l'estomac en sablier peut conduire le malade à la cachexie et à la mort ». Mais il semble que cet auteur n'ait eu à envisager que des complications essentiellement chroniques, bien différentes, par conséquent, de celle dont nous nous occupons.

Ces accidents aigus sont très semblables, nous l'avons vu, à ceux que provoquent les occlusions aiguës haut situées de l'intestin. Les vomissements en particulier sont de tous points semblables dans les deux cas, extrêmement abondants, bilieux, non fécaloïdes et hors de proportion avec la quantité d'aliments ingérés. Or, ce sont là précisément les caractères que Corsy et Dor ont retrouvés dans les vomissements des occlusions haut situées de l'intestin. (*Les occlusions aiguës haut situées de l'intestin*. Revue générale, par Corsy et Dor. *Gaz. des Hôp.*, n° 65, 10 juin 1911).

Quant aux autres signes fonctionnels, douleur, constipation, anurie, le premier a son début et son maximum au creux épigastrique : quant au 2e, nous ne saurions, du moins dans le cas présent, affirmer son importance, puisque la malade présentait aussi une bride péritonéale sur son intestin grêle. L'anurie était nette et remontait à plus de 48 heures (1).

Mais ce sont surtout les signes physiques qui nous permettront le diagnostic, notamment le siège de la voussure abdominale, voussure très haut située, pouvant soulever la partie inférieure du thorax et atteindre en bas l'ombilic, suivant le degré de dilatation de l'estomac, voussure qui, en tous cas, existe toujours nettement, alors que l'absence de ballonnement abdominal « est ce

(1) « L'anurie est d'autant plus précoce que le siège de l'occlusion est plus haut situé », formule générale adoptée par Corsy et Dor au sujet des occlusions haut situées de l'intestin, et qui trouve sa place ici.

qui, dans les occlusions haut situées de l'intestin, attire à première vue l'attention » (1).

Quant au clapotement, qui constitue un signe rationnel, il manquait absolument dans notre cas.

Nous ne savons pas si la radioscopie peut être d'un grand secours en pareil cas, n'ayant pu y recourir à cause de l'état extrêmement grave de la malade ; mais elle ne paraît pas, d'après Guinard, de nature à éclaircir le diagnostic. Cet auteur a vu à l'écran, avec Hartmann, des estomacs en bissac typiques, alors qu'il s'agissait d'estomacs et ptose simple.

Le cathétérisme, par le vidage en deux temps, par l'alternance de liquide limpide et de liquide trouble, par la persistance aussi du clapotement après extraction de la sonde, peut faire penser à un double estomac.

L'insufflation donnerait des renseignements assez nets : « Si on trouve une zone sonore au-dessus d'une zone mate et clapotante, c'est un signe évident de biloculation. Si encore l'insufflation n'a dilaté qu'une poche rétro et sous-costale qui s'arrête nettement à gauche de la ligne médiane, on se rappellera que le pylore étant toujours à droite de la ligne médiane, il faut penser à la biloculation. »

L'auscultation, elle, permet bien d'entendre un bruit de glou-glou, dû au passage du liquide et des gaz à travers le point sténosé, mais ces bruits peuvent aussi se produire dans le cas de sténose pylorique.

L'état général ne nous a pas paru présenter de caractères spéciaux à ce genre d'occlusion.

Quant à la nature de la biloculation, il sera au moins théoriquement facile de la pressentir, grâce aux antécédents ; un passé nettement ulcéreux (hématémèses, sensation de brûlure, douleurs en broche, etc.) la fera rattacher à la cicatrisation d'un ulcère ; l'affection survient-elle chez un vieillard cachectique, on pensera à une sténose par cancer (forme squirrheuse). Enfin, si l'interrogatoire permet de s'assurer que les accidents remontent au début de la vie, on pourra se rattacher à l'hypothèse d'une biloculation congénitale.

Tels sont les signes qui permettront de soupçonner le diagnostic causal et que nous avons reconstitués *a posteriori*, encore que ce diagnostic ne soit aucunement de nature à modifier la conduite du chirurgien en pareil cas, l'opération immédiate s'imposant, quels que soient le siège et la nature de l'occlusion et pourvu qu'elle soit constatée.

En terminant, il nous semble intéressant d'envisager le mécanisme probable des phénomènes aigus d'occlusion dans notre cas.

Nous avons vu que nous pouvions éliminer l'hypothèse d'un ulcère ou d'un cancer sténosant et que nous admettions l'hypothèse d'une biloculation congénitale. D'autre part, il nous fut impossible à l'opération, de faire franchir au liquide stomacal le défilé coarcté par des pressions alternées sur les deux poches, alors que sur la pièce d'autopsie, après ouverture de l'organe, nous avons constaté l'absence de sténose réelle de l'orifice de communication et qu'il admettait facilement le doigt, ainsi que le pylore.

Nous croirions donc volontiers à l'existence d'un spasme des orifices, spasme prolongé puisque le début des accidents remontait à 15 jours et sous la dépendance probable soit d'une hyperchlorhydrie ancienne, soit d'une lésion dans l'innervation de l'estomac (2).

(1) Corsy et Dor, *loc. cit.*
(2) Soc. de chir. de Marseille.

REVUE D'HYGIÈNE

Le Pouvoir abiotique des Rayons ultra-violets

Par M. le Docteur M. CHANOZ
Docteur ès-sciences physiques

On entend par pouvoir *abiotique* — l'expression est de DASTRE — la propriété que possèdent les rayons spectraux (en général de courte longueur d'onde) d'empêcher le développement et d'abolir l'existence des micro-organismes non accoutumés à une semblable irradiation qualitative on quantitave (1).

L'attention du grand public a été attirée sur cette question importante à des titres divers ne 1909, par les intéressantes tentatives des auteurs lyonnais, MM. J. COURMONT et NOGIER, pour rendre *pratique* industriellement la stérilisation de grandes quantités d'eau au moyen des radiations d'une source artificielle : la lampe de quartz à vapeur de mercure inventée par HERAEUS dès 1904. Mais, si l'on en croit MM. CERVODEANU et VICTOR HENRI à qui j'emprunte ces renseignements (2), la connaissance de l'action destructive des radiations spectrales ne date pas d'hier comme certains l'ont peut-être supposé.

La bibliographie de l'action bactéricide de la lumière du soleil, de l'arc électrique, etc., est considérable. M. et Mme VICTOR HENRI (qu'il faut maintenant toujours citer quand il s'agit d'actions abiotiques de la lumière) divisent en trois périodes l'étude scientifique du pouvoir stérilisant des radiations ondulatoires périodiques (3).

Dans la première période qui va de 1877 à 1899 on peut, parmi beaucoup d'auteurs qui se sont occupés de la question, citer principalement les suivants :

DOWNES et BLOUNT qui systématiquement étudient l'action de la lumière sur les cultures microbiennes. DUCLAUX, ARLOING (1885), ROUX (1887) qui s'occupent de la lumière solaire ; GEISSLER (1892) qui se sert de l'arc électrique. MARSHAL WARD qui, soit au moyen de la lumière solaire, soit en utilisant l'arc électrique, tente de rendre stérile l'eau de la Tamise additionnée de microbes divers. Les travaux de MARSHAL WARD sont tels que dès 1893 l'action bactéricide, stérilisante de la lumière était manifestement démontrée.

La deuxième période plus courte s'étend de 1899 à 1905. Elle comprend la série extrêmement importante de travaux de tous ordres — travaux fort peu connus en France — de FINSEN, de ses élèves et collaborateurs sur les sources lumineuses les plus diverses : soleil, arc électrique au charbon, au calcium, au magnésium à l'aluminium, au cadmium, au zinc, au fer, au mercure.

En particulier, est minutieusement étudiée

(1) Les radiations périodiques *actuellement connues* sont, dans le sens des longueurs d'onde croissantes (ou des périodes croissantes).

La gamme des ultra-violets allant de $\lambda = 0 \mu 1$ à $0 \mu 4$, soit 2 octaves.

Le spectre visible ordinaire allant environ de $0 \mu 4$ à $0 \mu 8$, soit 1 octave.

L'infra-rouge invisible de $0 \mu 8$ à 314μ soit 8 octaves 1/2.

Un espace inconnu à ce jour s'étendant jusqu'à $\lambda = 3$ millim., soit 3 octaves 1/2.

Les rayons électriques s'étendant de λ 3 millim. jusqu'à $\lambda = \infty$.

En ce qui concerne spécialement l'ultra-violet il faut retenir que, en raison de l'absorption atmosphérique, le soleil ne nous fournit pas sensiblement de radiations dont la longueur d'ondes est très inférieure à $\lambda = 0 \mu 3$.

L'ultra-violet solaire ainsi considéré est abiotique, mais à la longue ; les radiations plus courtes sont *fortement* abiotiques. *Pratiquement* les rayons très abiotiques s'étendent de $0 \mu 2$ à $0 \mu 26$. Les radiations de longueur d'onde inférieures à $\lambda = 0 \mu 18$ *ne peuvent être étudiées que dans le vide*.

(2) MM. H. CERVODEANU et Victor HENRI : Actions des rayons ultra-violets sur les micro-organismes. (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, 1911, pages 369 à 380.)

(3) On n'ignore pas que les rayons de Rœntgen, les rayons γ du radium sont des radiations ondulatoires *apériodiques*.

l'action des diverses régions spectrales sur les microbes, les levures, les champignons, les amibes, les infusoires, les tissus animaux. On constate que les champignons, les levures sont moins facilement détruits par les rayons spectraux que les microbes ; on montre que les divers microbes ont une résistance inégale, que des microbes d'une même espèce ce sont les jeunes qui sont le plus vénérables. On met nettement en évidence le rôle absorbant des colloïdes qui jouent le rôle d'écrans protecteurs et soustraient les micro-organismes à l'action bactéricide des rayons abiotiques. On voit correctement par des mesures bolométriques délicates que les radiations dont la longueur d'onde est inférieure à O μ 280 ont un pouvoir abiotique considérable, malgré la petite quantité d'énergie qu'ils mettent en jeu, etc.

Enfin, la troisième période qui s'étend jusqu'à nos jours est caractérisée à son début par la découverte capitale d'un procédé permettant de fondre le quartz, de le modeler et d'en faire des enveloppes transparentes pour la lumière visible comme le verre, mais ayant sur le verre au point de vue qui nous occupe, la supériorité de se laisser traverser par les rayons invisibles ultra-violets de longueur d'onde inférieure à O μ 29.

On peut ainsi réaliser, comme le fit Heraeus le premier, une lampe de quartz à vapeur de mercure excitée électriquement, qui en plus des rayons visibles donne des rayons ultra-violets très abiotiques en raison de la petitesse de leur longueur d'onde (1).

L'invention d'une pareille lampe (il en existe maintenant de très nombreux modèles), source puissante de rayonnement ultra-violet, a donné un essor considérable aux recherches scientifiques sur les courtes longueur d'onde. Et déjà la moisson inachevée est abondante des résultats qui intéressent la thérapeutique, l'hygiène, l'industrie, etc.

Au point de vue spécial ici considéré, nous rappellerons que dès 1905 ; Preisz, Seiffert, etc., tentent avec la lampe à vapeur de mercure à enveloppe de quartz de stériliser le lait, les liquides alimentaires. En 1907, De Max propose de stériliser l'eau passant dans un manchon contenant la lampe de quartz. En 1909, les auteurs lyonnais précités réalisent cette stérilisation par immersion de la lampe dans la masse d'eau limpide. Peu de temps après, grâce aux recherches de M. Victor Henri et de ses collaborateurs, est obtenue la lampe Silica-Westinghouse qui donne le même résultat mais sans cette immersion qui présente paraît-il quelques inconvénients (abaissement de la température de la lampe et par suite du rayonnement abiotique émis, diminution progressive par absorption de ce rayonnement par le dépôt formé sur le quartz aux dépens des particules suspendues dans l'eau traitée).

Voici très condensée l'exposition des faits principaux dignes d'attention observés ou vérifiés par M. Victor Henri et ses collaborateurs, au moyen de la lampe de quartz à vapeur de mercure excitée par un courant continu.

A. — Le rendement en rayons ultra-violets de la lampe en quartz croît très vite avec le voltage qui sert à l'exciter.

L'intensité de l'ultra-violet plus court que $\lambda = 0\mu\,302$ croît plus rapidement que l'intensité de la lumière visible donnée en même temps par la lampe.

Pour un voltage excitant de 200 volts, le rayonnement ultra-violet total de la lampe de quartz est très supérieur à celui de l'arc de Finsen au charbon, même concentré avec une feuille de quartz.

(1) La lampe à envelope de quartz donné, avec une intensité appréciable, les radiations au-dessus de 0 μ 220. Si la lampe est à enveloppe de verre, les radiations utilisables en dehors du verre ne descent pas au-dessous de 0 μ 290 quand on utilise le verre spécial Uviol, le rayonnement atteint 0 μ 250.

B. — L'action bactéricide des rayons ultra-violets est réelle, indiscutable. Elle est, entre de larges limites (0° et 55°) indépendante de la température du milieu contenant les micro-organismes. Cette action n'est sûrement pas d'origine calorifique.

Elle ne dépend pas de l'état solide ou liquide du milieu (cultures liquides ou congelées).

Elle ne dépend pas d'une action concomitante de l'oxygène.

Elle n'est pas due aux traces d'eau oxygénée formées sous l'influence des rayons ultra-violets : la dose de $H^2 O^2$ est 15.000 fois trop faible pour qu'on puisse l'incriminer.

C. — L'action abiotique des rayons ultra-violets (étudiée jusqu'à $\lambda = 0\mu\,214$) croît quand la longueur d'onde diminue, sans qu'il y ait une radiation à optimum d'action (dans les limites des expériences faites). Le pouvoir abiotique est proportionnel au coefficient d'absorption pour la radiation considérée, du protoplasma de l'individu en expérience. D'après MM. Victor Henri et Wurmser (1), quelques millièmes de millimètre seulement d'épaisseur de protoplasma suffisent à arrêter, absorber, amortir les radiations ultra-violettes de grand pouvoir abiotique.

La sensibilité aux radiations ultra-violettes des micro-organismes n'est en rapport direct ni avec leur résistance à la chaleur, ni avec leur pigmentation, ni avec leur taille. A titre d'indication, voici quelques chiffres concernant des irradiations faites à une distance de 20 centimètres (d'air) d'une lampe de quartz à 110 volts (consommant 3,4 ampères sur 66 volts) :

Staphylocoque doré, est tué en...	10 secondes
Vibrion cholérique — ...	11 —
Bacille typhique — ...	18 —
B. dyssentérique — ...	19 —
Coli-bacille — ...	19 —
Pneumo-bacille — ...	22 —
Bacille tétanique — ...	40 —
Sarcine orange — ...	50 —
Paramécies — ...	180 —

Levures, diaphanies, larves aquatiques, en plus de 300 secondes.

Aspergillus niger et autres champignons, de 15 à 30 minutes, etc.

L'action abiotique de l'ultra-violet doit être recherchée dans des modifications physico-chimiques du protoplasma vivant provoquées par l'énergie radiante absorbée, efficacement transformée sous une autre forme énergétique que la chaleur. La sensibilité différente des divers micro-organismes doit certainement tenir à des compositions différentes du protoplasma cellulaire.

Les rayons de grand pouvoir abiotique on l'a dit, pénètrent très peu dans le protoplasma ; leur action sur les organismes de très petite taille a lieu suivant les lois photo-chimiques simples ; sur les organismes plus grands, le résultat final doit dépendre de ces actions élémentaires auxquelles se surajoutent les processus de réparation provoqués par l'irritation (d'une faible épaisseur) de la cellule vivante.

E. — L'examen microscopique et ultra-microscopique des micro-organismes irradiés montre des modifications structurales. Dans une première phase on voit le protoplasma présenter des signes de coagulation, ensuite se produit un processus de désagrégation (phénomène de Pfeffer) et finalement s'observe fréquemment une véritable bactériolyse.

D'autres particularités renseignent sur des transformations chimiques opérées dans la masse protoplasmique. L'affinité des tissus pour les matières colorantes histo-chimiques est perturbée: par exemple les microbes qui prennent normalement le Gram (b. tuberculeux, b. tétanique, streptocoque, etc.) sont inaptes à se colorer après une irradiation convenable ; ceux qui ont l'acido-résistance dans les circonstances ordinaires (b. tuberculeux, etc.) ne la possèdent plus quand ils ont subi l'action modificatrice des rayons ultra-violets.

(1) *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1912.

En résumant les connaissances acquises à ce jour dans des domaines divers, on peut conclure de la façon suivante :

Les radiations spectrales de courtes longueurs d'onde détruisent les micro-organismes *parce qu'elles sont absorbées* par la matière protoplasmique et que, sous l'influence de l'énergie radiante de *qualité appropriée* ainsi emmagasinée résultent des modifications physico-chimiques intracellulaires incompatibles avec le fonctionnement normal de l'organisme considéré. Le *mécanisme intime* de cette action, pour moi, n'est pas douteux : c'est le même que l'on retrouve *toujours* quand on étudie l'action élémentaire d'une radiation efficace *quelconque* (ondulatoire périodique ou apériodique, corpusculaire non ondulatoire : rayon α, β, du radium, rayons cathodiques, etc.) sur la matière inerte ; c'est — et j'espère l'avoir bien montré d'autre part (1) — *l'ébranlement* dans l'atome ou *l'arrachement* hors de l'atome *des particules électrisées*, les électrons qui constituent, on le sait, la substance même des édifices moléculaires ou atomiques, c'est-à-dire de toute matière qu'elle soit vivante ou inanimée. (2)

CARNET DU PRATICIEN

Neurasthénie des vieillards

1° Instituer le régime lacto-végétarien ;

2° Veiller à ce que les malades s'alimentent suffisamment. En cas de besoin prescrire un quart d'heure avant les repas vingt gouttes de la mixture:

Teinture de condurango....	15 grammes
— gentiane......	10 —
— colombo......	10 —

3° Contre l'insomnie, recourir de préférence aux moyens hygiéniques : repas du soir très légers, lotions tièdes, demi-bains chauds. Si ces moyens demeurent inactifs, ordonner :

Oxyde de zinc..............	0 gr. 05
Extrait de valériane........	0 — 05
— jusquiame........	0 — 05

pour une pilule n° 20.

Une pilule avant le dîner et une seconde deux heures ensuite.

4° Pour relever les forces du malade et combattre son asthénie physique et morale, prescrire :

Glycérophosphate de chaux.	0 gr. 25
Phosphure de zinc.........	0 — 002

pour un cachet. Un à chaque repas, on injecter chaque jour une ampoule d'après la formule suivante :

Hypophosphite de chaux....	0 gr. 05
— soude....	0 — 10
— potasse...	0 — 05
— magnésie.	0 — 05
Arséniate de strychnine	0 — 01
Eau distillée neutre	10 cc.

A répartir en 10 ampoules d'un cc.

5° Entreprendre le traitement psychothérapique qui doit jouer un rôle important comme chez tous les neurasthéniques.

Contre la pharyngite chronique

Teinture d'iode..............	1 gramme
Iodure de potassium.........	2 —
Chlorhydrate de morphine....	0 gr. 20
Glycérine..................	20 grammes

Pour badigeonnages.

(1) M. Chanoz : De l'action sur la matière des diverses radiations corpusculaires et ondulatoires (*Annales d'électro-biologie et de radiologie*, mars, avril, mai, juin, juillet 1912.)

(2) Soc. des méd. prat. de Lyon et de la région.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. Zanti


Pagéol

VARIÉTÉS

La Mortalité Infantile à la Campagne

Des renseignements assez inattendus sur la mortalité infantile à la campagne ont été récemment publiés par la *Revue Philanthropique.*

De multiples observations recueillies par M. Louis Cruveilhier, il résulte que les enfants nés et élevés à la campagne meurent dans une plus forte proportion que les petits citadins durant la première année de leur vie.

En prenant comme base les chiffres publiés par le ministère du Travail, établissant par département le pourcentage de la population agricole et celui de la population industrielle, les départements peuvent être divisés en trois groupes.

Le premier groupe, comprenant les départements essentiellement agricoles, c'est-à-dire dont au moins 50 p. 100 de la population masculine sont occupés dans l'agriculture, renferme 50 départements.

Le second groupe renfermant les départements essentiellement industriels, c'est-à-dire ceux dont plus de 40 p. 100 de la population active totale sont occupés dans l'industrie, comprend par ordre de proportion décroissante, les départements suivants : Nord, Belfort (Territoire de), Loire, Seine, Bouches-du-Rhône, Meurthe-et-Moselle, Ardennes, Vosges, Pas-de-Calais, Seine-Inférieure, Somme, Oise, Aube, Seine-et-Oise, Isère, Marne et Gard.

Les autres départements, constituant le groupe intermédiaire, ont une population de 30 à 40 p. 100 dans l'industrie et 40 à 50 p. 100 dans l'agriculture. Ce groupe renferme les départements suivants par ordre de proportion décroissante de la population industrielle : Var, Haute-Marne, Doubs, Meuse, Seine-et-Marne, Eure, Gironde et Calvados.

Dans sept départements, essentiellement agricoles, on a observé, durant les trois années considérées, une moyenne de plus de 21 décès de zéro à un an pour 100 naissances, tandis que deux seulement des 27 départements où plus de 30 p. 100 de la population sont industriels, la Seine et les Bouches-du-Rhône, ont présenté le même pourcentage de décès d'enfants de moins d'un an. La moyenne de ces décès a été, dans la Seine-Inférieure, de 23.53 pour 100, tandis que dans l'Ardèche elle s'est élevée au chiffre de 24.65. Elle a atteint celui de 25.50 dans le département des Hautes-Alpes, qui, occupant ainsi dans la liste des départements dressée par ordre de mortalité infantile décroissante le premier rang, est cependant un des quatre départements où la population agricole surpasse le plus nettement la population industrielle.

Dans le Lot, qui est de tous les départements celui où la proportion de la population agricole est le plus élevée, ainsi que dans les départements essentiellement agricoles des Basses-Alpes, de la Lozère, de l'Aveyron, de la Sarthe, de Tarn-et-Garonne, on observe une mortalité infantile bien supérieure à celle du département du Nord. Ce dernier, qui est, d'après les chiffres du recensement, le département dans la population duquel l'élément industriel a le plus d'importance, n'occupe que le vingt-sixième rang dans ce tableau. Le Rhône, qui est un département essentiellement industriel, n'occupe que le quarante-troisième rang ; le Pas-de-Calais et la Haute-Marne se trouvent au cinquante et unième et au soixante-huitième rang ; la Gironde est à la fois un des dix départements doués de la plus faible mortalité infantile et un des vingt-sept départements du groupe industriel. Les Ardennes, la Loire-Inférieure et la Côte-d'Or sont aussi des départements industriels à mortalité infantile faible ; le Territoire de Belfort et la Loire occupent les deuxième et troisième rangs dans la liste des départements par importance de la population industrielle décroissante.

L'Oise, l'Aube, sont tout à la fois les trente-sixième quarantième et quarante-deuxième départements par ordre de mortalité infantile décroissante et les treizième, quatorzième et quinzième si on se place au point de vue du nombre des habitants occupés à l'industrie. La Seine a eu, pendant les années considérées, une proportion de décès d'enfants de moins d'un an inférieure à celle de 55 départements. Toutefois, il convient de faire ici de sérieuses réserves, car beaucoup d'enfants nés dans ce département meurent dans les départements voisins.

Quoi qu'il en soit, la conclusion qui se dégage de l'étude du Dr Cruveilhier, c'est que, en ce qui concerne les enfants de moins d'un an, la mortalité est bien souvent aussi élevée et fréquemment plus élevée à la campagne que dans les agglomérations urbaines et industrielles.



ÉCHOS

Le secret professionel.

Un épicier-marchand de vins de la banlieue a actionné devant la première chambre en 5.000 francs de dommages-intérêts un médecin de Paris qu'il accuse d'avoir manqué au secret professionnel.

Dans un certificat délivré à un tiers, le docteur en question aurait révélé la nature de la maladie pour laquelle il avait soigné la femme du demandeur.

Le tribunal, a reconnu le bien-fondé du grief articulé, et profitant de la circonstance, il a émis dans son jugement les quelques considérations que voici sur le secret professionnel des médecins :

Attendu que le secret médical, sauf dans les cas limitativement spécifiés par la loi dans un but d'intérêt général et d'hygiène publique, doit être strictement et religieusement gardé, quelle que soit la maladie pour laquelle le praticien a été appelé à donner des soins :

Qu'on ne comprendrait pas que le médecin pût arbitrairement considérer comme révélables certaines maladies, alors que d'antres, d'après lui, restent cachées; que cette distinction ne lui appartient pas ; qu'il peut se rencontrer telle circonstance qui transforme une maladie réputée bénigne et inoffensive en affection grave et de répercussion inquiétante et inattendue ; que le médecin ne doit donc pas se faire juge de l'opportunité d'une révélation pouvant avoir pour la personne qui est en la victime de sérieuses et regrettables conséquences ;

Qu'il importe, tant au point de vue de la dignité du corps médical qu'au point de vue de tous ceux qui se confient aux médecins, que le secret le plus rigoureux soit observé par ces derniers, aussi bien en ce qui concerne la nature de la maladie qu'en ce qui touche les circonstances qui ont accompagné les visites médicales ;

Qu'il suit de là que le docteur X..., en délivrant inconsidérément sans l'assentiment, des époux Z... un certificat énumérant le nombre des consultations par lui données à la dame Z... et énonçant la nature de la maladie traitée, par lui, a commis une faute dont le demandeur est en droit de se prévaloir.

Estimant toutefois que la divulgation dans l'espèce était de nature à nuire, mais qu'elle n'avait en somme causé au demandeur qu'un minime préjudice, le tribunal lui a alloué 1 franc de dommages-intérêts et les dépens du procès.

Le baiser lui fait peur !

Au cours d'un procès en dation de pension alimentaire récent, Mrs Deems, une jeune et jolie femme de Baltimore, a déclaré qu'au bout de huit ans de mariage, ayant un fils de sept ans, elle n'avait jamais embrassé son mari.

Le juge ne put dissimuler sa surprise.

— Comment ! jamais ? demande-t-il.

— Non, jamais. Je suis l'adversaire du baiser. Mes parents m'ont enseigné que le baiser communiquait les maladies, de sorte que je n'y trouve aucun charme.

Mais nous ne raisonnons pas cela. Le baiser est spontané.

— Il est possible qu'il le soit pour certaines gens, mais pour moi je n'ai jamais éprouvé le moindre désir d'embrasser mon mari. Bien plus! Mon petit garçon est ce que j'ai de plus cher au monde et je ne l'ai jamais embrassé non plus !

Le mari de Mrs Deems n'a vraiment pas dû s'ennuyer au cours de sa vie conjugale!...

La poudre comestible.

Il ne se doutait pas, l'inventeur anglais qui trouva la cordite — la mélinite de nos voisins d'Outre-Manche — que son terrible explosif, destiné naturellement à tuer, servirait, en attendant quelque conflit, de simple dessert aux artilleurs de l'armée britannique.

Il appert, en effet, d'une petite enquête à laquelle viennent de se livrer les autorités militaires d'Angleterre, que les soldats ont pris l'habitude de mâcher, en guise de tabac ou de bétel, des morceaux de cordite, dont le goût, paraît-il, grâce à la forte dose de nitro-glycérine que contient la matière, est succulent, tels une dragée de Verdun ou un nougat de Montélimar. Prise à forte dose, la cordite procure une ivresse dans le genre de celle que donnerait le haschich.

C'est précisément ce qui en fait le danger et ce qui a amené les autorités à employer les mesures les plus énergiques pour enrayer le mal.

Mines de savon

Les mines de savon dont se sont servis tant de vaudevillistes pour caractériser des exploitations imaginaires, ne sont pas, en réalités, si imaginaires qu'il y paraît à première vue.

Il existe en Russie, sur les bords de la mer Noire, d'abondants gisements d'un minerai composé de silice, d'alumine, d'oxyde de fer de carbonate de chaux et de carbonate de magnésie, en un mot tout ce qu'il faut pour faire de l'excellent savon.

Ce minerai, que les Tatars de la région appellent *Kil*, est grisâtre et friable. Au contact de l'eau, il se gonfle, se ramollit, donne une pâte très onctueuse. Une fois calciné, on peut l'employer pour le nettoyage de la peau et du cuir chevelu. C'est une base parfaite pour la fabrication des pommades pharmaceutiques.

Cela n'empêche pas, d'ailleurs, les Tatars d'être abominablement sales !

Les foies blancs..

Il s'agit de foies de morues préconisés sur le prospectus d'un négociant en produits chimiques.

Cet industriel, qui a des intérêts à Bergen, en Norvège, prétend fournir une huile de foie de morue supérieure aux autres, supériorité qu'il explique en ces termes :

« La morue étant un des plus petits poissons de la mer est sans cesse poursuivie par ses gros ennemis : les requins, les baleines, etc., etc. Elle a donc des terreurs continuelles, et l'on sait que la peur engendre chez tous les animaux des maladies de foie.

« Donc, les morues pêchées en pleine mer son sujettes à caution. Nous, contrairement aux pêcheurs ordinaires, nous allons les chercher dans un bassin reculé où les monstres marins n'ont point accès. Nos morues y vivent tranquilles, paisibles ; elles ont les foies blancs... »

Et lui?



84e Année (Série XIIIe) — No 200 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 28 Mai 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 28 Mai 1913

ÉCHOS

Service des Enfants assistés.

Le Conseil général de la Seine vient de modifier comme suit le taux des honoraires alloués aux médecins en ce qui concerne les enfants assistés de un jour à treize ans :

Enfant de un jour à un an : 50 francs par an et par enfant pour 20 visites obligatoires (une tous les dix jours pendant les quatre premiers mois, une visite mensuelle ensuite) et soins en cas de maladie;

Enfants de un à deux ans : 18 francs par an et par enfant pour 6 visites obligatoires et soins en cas de maladie;

Enfants de deux à quatre ans : 12 francs par an et par enfant pour 4 visites obligatoires et soins en cas de maladie.

Enfants de quatre à six ans : 10 francs par an et par enfant pour visites obligatoires et soins en cas de maladie.

Enfant de six à dix ans : 7 francs par an et par enfant pour une visite obligatoire et soins en cas de maladie.

Enfants de dix à treize ans : 2 francs par an et par enfant, pour une visite obligatoire, plus 1 fr. 50 par visite pour les soins en cas de maladie.

Ce tarif nouveau est en vigueur depuis le 1er janvier de cette année.

Le secret professionnel des Médecins.

En matière d'accident du travail, y a-t-il dérogation au principe du secret professionnel pour le médecin qui soigne l'accidenté et est-il permis à ce médecin de donner des renseignements au médecin du patron autorisé aux termes de la loi de 1898 à vérifier l'état du malade afin d'éviter des frais ?

La Chambre criminelle de la Cour de cassation vient de décider que la règle du secret professionnel reste absolue et que le médecin du malade encourt une condamnation pour violation du secret professionnel s'il donne des renseignements à son confrère, médecin du patron, sur la maladie de l'accidenté. Mais le médecin du patron ne commet pas, lui estime-t-elle, une violation de ce même secret professionnel, en révélant à son commettant, c'est-à-dire au patron, les renseignements reçus.

Le Cancer à Saffi (Maroc)

Durant un séjour de six ans au dispensaire français de Safi, où l'on recevait une moyenne de cent malades par jour, j'ai été frappé de la rareté du cancer chez les indigènes.

Dans toute cette période, il m'a été donné d'observer une vingtaine de cas seulement de néoplasmes malins. Tous ces cas étaient localisés à des organes superficiels.

Par ordre de fréquence, ce sont : le sein, la face, les membres. Du côté du tube digestif, je n'ai rencontré qu'un cas localisé au foie (cancer primitif).

Je n'ai vu aucun cancer de l'utérus, bien que les femmes berbères se prêtassent facilement à l'examen génital.

Mes cancers du sein, tous opérés, étaient surtout des formes squirrheuses.

Après le sein, les formes les plus fréquentes sont : les cancroïdes (lèvres, grand angle de l'œil).

Le sexe le plus atteint, mais aussi le plus observé, est l'homme. J'ai opéré chez des hommes d'une quarantaine d'années, 2 squirrhes atrophiques du sein. A part un cas d'encéphaloïde chez une Européenne et un cas de même nature chez une juive, la race atteinte est la race berbère. Aucun cas chez les nègres.

Je ferai remarquer de suite que j'ai rarement vu d'autres affections du sein chez les femmes berbères qui allaitent leurs enfants jusqu'au delà de deux ans.

Malgré la fréquence considérable de la syphilis chez les indigènes, je n'ai jamais rencontré de leucoplasie buccale, ni de cancer de la langue, bien que j'aie observé toutes les formes de syphilis linguale.

Tous mes malades étaient originaires des provinces environnant Saffi (Abdas, Doukhala, Chiadma). Je n'ai pas observé de cas au-dessous de 40 ans.

Tous sont des fellahs misérables, vivant de leurs terres, pillés et pillards tour à tour, ruinés par les cheiks et les caïds dès qu'ils ont quelque bien-être.

La prison, la misère et la maladie hantent à toute heure leur cerveau que soutient une foi inlassable en la miséricorde d'Allah.

A une telle existence correspond une aussi déplorable hygiène. Si les habitants des villes sont, en général, propres, grâce à l'abondance relative de l'eau, le cultivateur réserve son eau pour ses bestiaux et pour sa boisson. Cette eau, dont nos chevaux ne voudraient pas, est de l'eau de pluie recueillie dans des citernes par des rigoles creusées dans les chemins. Aussi aucun n'échappe, dès son enfance, à toute la gamme des infections microbiennes et parasitaires du tube digestif.

Le Coran ayant prescrit que, faute d'eau, le croyant pouvait s'ablutionner avec du sable, de la terre ou une pierre, l'indigène a perdu l'habitude de se laver.

De là, l'antre gamme des maladies de la peau d'origine parasitaire, je ne parle pas des *pulicidiæ* ni des *pediculidæ* auxquel un tel épiderme est devenu insensible.

Ajoutons à cela les suppurations et surtout les syphilides et tuberculoses cutanées, quelquefois recouvertes d'un haillon toujours repoussant, qui fait macérer la peau dans un bain perpétuel de pus. D'où ces cicatrices énormes, horribles, qui cependant ne dégénèrent jamais en épithéliomas. De même, je n'ai jamais vu dégénérer les chéloïdes occipitales dont des milliers sont porteurs ; ces chéloïdes résultent des saignées par ventouses scarifiées qu'ils se font faire tous les mois par les barbiers, de chaque côté de la protubérance occipitale externe. Si ces barbiers n'inoculent pas la syphilis à leurs clients, c'est que ceux-ci en sont déjà atteints le plus souvent par hérédité.

Comment le Berbère fait-il les frais de tant de lésions. Ce n'est pas par sa constitution ; la race m'a paru plutôt dégénérée. Chargé de recruter le tabor de police de Saffi, j'ai eu beaucoup de peine à trouver des hommes qui m'ont donné seulement 5 pour 100 de « Bons ».

Est-ce la nourriture? La grande majorité se nourrit de pain, de semoule grossière faite d'un blé dur broyé au jour le jour avec une petite meule de pierre, de soupe à l'orge (chorba), de sauterelles. A un rang plus élevé on mange des œufs, du lait aigre, « leben », du beurre rance, de l'huile, du mouton ; les jours de marché, de la viande salée. Le couscous, les légumes, le mouton plusieurs fois par semaine sont les festins des grands colons de là-bas.

Ceux-ci abusent surtout du thé de mauvaise qualité qu'ils boivent en véritable sirop, tant ils y mettent de sucre, plusieurs fois par jour, ce qui détermine chez eux une gastrite chronique analogue à celle que l'on observe au Brésil, produite par le mathé. Il y a lieu de remarquer qu'à la campagne le fellah ne fume ni le tabac, ni le kif (chanvre indien), ni l'opium, ne se réservant ce luxe que lorsqu'il vient en ville, pour être dans le « ton » des citadins.

L'alcoolisme n'a pas encore fait son apparition dans les campagnes. Par contre, il exerce déjà ses ravages dans les villes où les douanes trouvent un bon revenu dans l'entrée du djin (alcool de genièvre). Donc, si le fellah n'a pas les tares de la civilisation, il n'en paraît pas moins prédisposé aux maladies par une alimentation insuffisante, par une déplorable hygiène et surtout par la syphilis.

Malgré cela, il donne à l'observateur l'apparence d'une race non pas solide, mais simplement résistante. A quoi le doit-il?

Si, d'une part, le soleil se charge de stériliser leurs écrouelles, leurs ulcères, il est certain que, d'autre part, habitués aux privations, guéris naturellement d'une foule d'infections dont l'immunisation semble se transmettre héréditairement, de tels organismes acquièrent une certaine résistance, une endurance spéciale qui leur permettent de supporter les plus rudes épreuves.

Dr TROLARD (d'Alger).

Les Chirurgiens Grecs avant l'Ère Chrétienne

Machaon et Podalire Chirurgiens militaires

Dans sa thèse sur les chirurgiens grecs avant l'ère chrétienne, M. le Dr Girod rappelle toute la phase mythologique de la médecine et signale particulièrement la situation des deux ancêtres, Machaon et Podalire qui, tont comme nos chirurgiens actuels, ne craignaient pas d'exposer leur vie pendant qu'ils pansaient les blessés.

Parmi les héros chirurgiens, Machaon et Podalire, tous deux fils d'Esculape, sont ceux qui voient le plus souvent les chefs faire appel à leur science.

Ils combattent d'ailleurs les armes à la main et sont souvent blessés.

Ménélas reçoit à la cuisse une flèche envoyée par Pandarus. On fait mander de suite Machaon qui est sur le champ de bataille, « parmi les vaillantes phalanges armées de boucliers », il arrive et délibérément tire sur la flèche demeurée dans la blessure, puis il applique des herbes adoucissantes.

Patrocle s'improvise médecin pour soigner Eurypyle qui lui fait auparavant ses recommandations : « Sauve-moi en me conduisant à mon vaisseau. Extrais la flèche de ma cuisse, lave le sang noir avec de l'eau tiède et répand sur la plaie ces sucs doux et salutaires que tu as appris, dit-on, d'Achille, à qui ils furent enseignés par Chiron, le plus juste des Centaures. Car de nos deux médecins, Podalire et Machaon, le dernier gît blessé dans sa tente, ayant besoin lui-même d'un excellent médecin ; l'autre soutient encore dans la plaine, le choc violent des Troyens. » Alors Patrocle « l'ayant fait coucher, il retira de la cuisse avec un glaive le trait acéré, lava le sang noir avec de l'eau tiède et de sa main exprima dans la plaie le suc d'une racine amère adoucissante et calmante. La plaie fut fermée et le sang cessa de couler ». (*Eliade*, chap. XI.)

La Couleur des Cheveux et le Génie

Un écrivain américain a tenté d'établir un rapport entre l'homme de génie et la coloration de ses cheveux. D'après lui, l'homme de génie est le plus souvent d'une taille au-dessus de la moyenne et il a les yeux gris bleu ou gris ou bleus. Pour la couleur de la chevelure, elle serait le plus souvent noire ou foncée, et le génie serait rare parmi les roux ou les sujets ayant la chevelure jaune ou dorée.

Tout cela ne cadre pas exactement, car d'après la coloration des yeux, les génies appartiendraient au type grand et blond du Nord ; d'après celle de la chevelure, plutôt au type méridional. De sorte qu'on ne peut guère conclure. Il faut dire tontefois qu'il ne semble pas que l'on soit bien fixé sur la définition du génie. Les individus classés comme tel par cet écrivains comprennent Alexandre Dumas aîné, Robespierre et beaucoup d'hommes de talent, mais de second plan, des poètes politiciens, généraux anglais et américains. Mais on ne voit ni Darwin, ni Lavoisier, ni Pasteur figurer dans cette liste qui comprend en revanche des noms que l'on peut supposer ignorés. Il faudrait d'abord dresser une liste de génies incontestables. Après quoi, on verrait.

TRAITEMENT DE LA SURDITÉ

PAR LA

Rééducation auditive

(Méthode kinésiphonique)

Par M. le Docteur R. MOREAUX

Ex-Préparateur à la Faculté de Médecine de Nancy
Lauréat de la Faculté

De nombreuses méthodes ont été employées jusqu'alors en thérapeutique pour tenter de guérir médicalement ou tout au moins d'améliorer la surdité ou mieux l'hypoacousie, la cophose totale étant généralement rebelle à tout traitement. Mais il faut avouer qu'aucun procédé n'a donné de résultats appréciables.

La raison est que, le plus souvent, on ne considère l'oreille que dans son état pathologique, sans prêter préalablement attention à son fonctionnement normal, en état physiologique ; c'est ainsi que pour lutter contre l'ankylose de la chaîne des osselets ou la sclérose de la membrane du tympan, on cherche à mobiliser ces organes artificiellement par massage, soit directement au stylet, soit pneumatiquement à l'aide du speculum de Siègle ou de la pompe de Breitung, par exemple. En agissant de la sorte, il est bien certain que l'on ne met pas l'oreille malade dans des conditions normales, puisque l'on produit sur elle des vibrations peu rapides (6 à 10 en moyenne à la seconde), alors que l'appareil transmetteur des ondes sonores est fait pour percevoir les sons d'une périodicité comprise entre 16 et 32.700 vibrations doubles en moyenne.

Quoique l'anatomie pathologique de la surdité soit encore mal assurée, il est tout naturel, si l'on admet l'ankylose, accompagnée de sclérose, du tympan, de la chaîne des osselets, des membranes des fenêtres ovale et ronde, de chercher à mobiliser ces éléments par massage. La mobilisation n'est-elle pas en effet le remède opposé à toutes les ankyloses ?

Mais alors il convient d'agir en employant l'excitant normal, physiologique, qui provoque la mobilisation des organes transmetteurs de l'oreille, autrement dit d'employer le son.

Celui-ci agira en tant que masseur par ses vibrations et en tant que rééducateur ; car l'oreille s'éduque comme les autres organes : n'augmente-t-on pas l'acuité visuelle par des exercices de vision et l'histologiste ne la développe-t-il pas tout spécialement chez lui par l'emploi journalier du microscope ? Ne devient-on pas gourmet en entraînant son sens par des gustations délicates ? Les téléphonistes qui ne travaillent que d'une oreille ne jouissent-ils pas d'une audition toute particulière de cette oreille ?

Ces idées, que nous émettons, ont été conçues déjà par Urbanstrich et Itard, deux grands otologistes.

Dans le cours de ces dernières années, elles ont ouvert la voie à une méthode nouvelle de traitement de la surdité; il s'agit de la rééducation auditive.

Nous ne citerons pas les noms de ceux qui, intéressés par cette question, ont été amenés à construire des appareils rééducateurs.

Nous dirons quelques mots seulement du Dr Maurice qui a fait construire un appareil d'une grande précision auquel il a donné le nom de kinésiphone (de kinésis, vibrations et de phoné, son). Nous n'avons pas à décrire ici l'appareil en question. Nous devons dire néanmoins que la méthode est basée sur ces principes : mobiliser les organes de l'oreille dont l'ankylose provoque la surdité ; les mobiliser par des vibrations dont la fréquence correspond à celle que peut percevoir physiologiquement l'organe auditif ; rééduquer l'organe de l'ouïe sous l'influence de son excitant normal, le son.

Mais, en contribuant largement à la rééducation de l'ouïe, Maurice a évité de fatiguer l'oreille en voulant lui faire entendre tous les sons compris entre les limites de la perception auditive ; il sait qu'un sourd demande avant tout de pouvoir comprendre ses semblables et converser avec eux, aussi s'attache-t-il particulièrement à cette fin.

Voici d'ailleurs ce qu'il dit lui-même du kinésiphone :

« L'étude des différents instruments et procédés employés antérieurement nous a poussé à créer un appareil permettant d'obtenir toutes les vibrations comprises entre 80 et 3.500 environ à la seconde. Tous les phénomènes de la voix humaine sont compris dans cette zone. Une oreille dont les membranes vibreront pour toutes ces tonalités aura des chances d'être considérée comme satisfaisante.

Un artifice de construction nous a permis d'obtenir un grand nombre d'harmoniques graves, ce qui a une importance considérable puisque la voix humaine en possède de nombreuses, ce qui rend d'ailleurs son audition douce et agréable.....

La vibration de la membrane (des récepteurs téléphoniques) donne nettement à la main la sensation de massage...

En somme, le kinésiphone produit les éléments synthétisés de la voix humaine en les amplifiant, en les régularisant et en les variant selon les cas. »

Puisque nous nous permettons de citer quelques passages du travail du Dr Maurice sur la rééducation, nous lui emprunterons encore les idées suivantes, si clairement exposées, au sujet du mode d'action de la rééducation kinésiphonique :

« 1° A notre avis, le massage sonore agit en mobilisant d'une façon physiologique, le tympan épaissi et les osselets ankylosés. Le massage pneumatique agit très peu, car les organes sont destinés à vibrer à des vitesses rapides et non à la vitesse réduite d'un masseur de Delstauche ou d'une pompe électromotrice de Breitung...

« 2° Le traitement agit en produisant une vaso-dilatation visible à l'otoscope, vaso-dilatation dont l'effet trophique doit être des plus utiles à un organe en voie de dépérissement ; même sans vaso-dilatation, les nerfs trophiques peuvent être heureusement influencés...

« 3° Les sons puissants, savamment dosés, stimulent la paresse auditive du sourd. La plupart de nos clients sont des paresseux qui possèdent des troubles *ex non usu*...

4° L'excitation de l'organe de Corti par l'excitant normal : l'onde sonore, ne peut que réveiller un organe en voie d'atrophie, de sclérose, de paralysie fonctionnelle. Cette excitation agit également et vraisemblablement sur les muscles accommodateurs de l'ouïe.

« 5° On peut supposer que la vibration sonore violente favorise le contact des terminaisons cylindraxiles et des cellules de l'organe de Corti, comme elle le produit entre les grains de charbon d'un appareil microphonique...

« 6° Les membranes qui servent en phonétique expérimentale pour inscrire les vibrations sonores arrivent à se bonifier par l'usage ; cette membrane morte et inerte... s'éduque ou se rééduque ; pourquoi refuser à nos membranes tympaniques ce qu'on accorde aux autres ? »

Maurice, en une statistique éloquente a montré que sur 100 sourds ou mieux hypoacousiques traités par le kinésiphone, il a obtenu 75 pleins succès et 20 demi-succès ; or, il considère comme un succès faire entendre à un sourd les sons dix fois plus loin qu'il ne les entendait avant le traitement.

Outre les nombreuses observations qu'il a déjà publiées, nous savons personnellement que l'auteur a recueilli actuellement 175 nouveaux cas de succès, dont il publiera incessamment les observations.

Nous possédons, depuis un temps assez court, un appareil rééducateur de Maurice et nous traitons certains de nos sourds par cette méthode ; nous n'oserions donner de suite les résultats de nos observations attendu que les malades qui se sont confiés à nos soins sont actuellement encore en traitement ; mais *prochainement il nous sera possible de publier déjà un certain nombre d'observations très favorables à la méthode kinésiphonique de rééducation auditive.*

Nous sommes persuadés que cette méthode constitue un traitement efficace de la surdité et qu'un horizon de succès lui est ouvert.

Des Inhalations d'Air chaud

DANS LE

TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE

TECHNIQUE. RÉSULTATS CLINIQUES

Par M. ROBERT RENDU

Interne des Hôpitaux de Lyon

Nous avons, au cours d'un précédent travail (1), exposé les raisons d'ordre théorique et expérimental qui nous ont amené à préconiser l'emploi de l'air chaud dans le traitement de la diphtérie. Ce sont aujourd'hui les résultats cliniques de nos essais thérapeutiques que nous voudrions rapporter.

I. — INSTRUMENTATION. — L'appareil dont nous nous sommes servi est un vulgaire « séchoir électrique portatif ». Il en existe de nombreux modèles, qui tous, d'ailleurs, dérivent du séchoir électrique des coiffeurs : un ventilateur, actionné par le courant, projette de l'air sur un fil métallique enroulé autour d'une bobine de porcelaine et porté au rouge. En tournant un commutateur, on peut supprimer ou rétablir la résistance et obtenir à volonté un jet d'air froid ou d'air chaud. Un long fil muni d'un raccord permet de brancher l'instrument sur n'importe quelle prise de courant. Ces appareils sont légers (950 gr.), et peu encombrants ; il s'en fait pour courant continu ; leur prix de revient est peu élevé ; on en trouve dans presque toutes les maisons de fournitures électriques ou d'instruments médico-chirurgicaux. Dans certaines villes, même, on commence à en faire la location.

Au lieu de projeter l'air chaud à distance, comme nous le faisions au début (2), il nous a paru bien préférable de l'amener en le canalisant, jusque dans la bouche du patient. Pour cela nous avons adapté, à l'orifice de sortie de l'appareil, au moyen d'un raccord d'amiante (3), un *tube métallique flexible* (4) de 1 m. 50 de long et de 15 à 18 mm. de diamètre intérieur. A l'extrémité de ce tube peuvent s'adapter une série d'embouts de diamètre variable suivant l'âge du malade et la cavité à atteindre

(1) Robert RENDU. Traitement rationnel de la diphtérie par la chaleur (note préliminaire). Communication à la Soc. méd. des Hôp. de Lyon, 15 janvier 1912. Voir la *Gazette Médicale de Paris*, n° 142 du 17 avril 1912, p. 121, col. 3.

(2) Cf. travail précédemment cité.

(3) Le liège se carbonise, et le caoutchouc donne de l'odeur. Ce raccord est constitué par un morceau de toile d'amiante enroulé autour du tube metallique et fixé par un fil de fer.

(4) Se servir, pour la même raison, de tubes dits : « à joint de fil d'amiante ».

(bouche ou nez). Ces embouts se composent d'un tube de laiton d'un 1/2 mill. d'épaisseur de 10 cent. de longueur et de 5, 10 ou 15 mill. de diamètre intérieur (1). Ce tube est recouvert d'un manchon isolant de liège (2) destiné à protéger les lèvres, bien plus sensibles à la chaleur que la muqueuse bucco-pharyngée ; une des extrémités du tube est munie d'un bouchon servant d'ajutage. L'embout, vu la modicité de son prix de revient, peut-être individuel ; sinon on le stérilise après chaque séance en le trempant dans de l'eau bouillante.

Ce dispositif, on le voit, permet d'amener l'air chaud presque au contact de la fausse membrane et de diriger le jet à son gré. De plus, grâce à l'échauffement progressif du tube métallique flexible, la température de l'air envoyé par l'appareil passe progressivement de :

18 à 40°	pendant la	1re minute.
40 à 60°	—	2e —
60 à 80°	—	3e —
80 à 100°	—	4e —
100 à 110°	—	5e —
110 à 120°	—	6e —
120 à 125°	—	7e —
125 à 130°	—	8e —
130 à 137°	—	9e —
137 à 141	—	10e —

Au bout d'une douzaine de minutes la température se maintient stationnaire aux alentours de 150° (3). Dès que la limite de tolérance est atteinte, on tourne le commutateur de façon à avoir de l'air froid ; la température baisse alors progressivement jusqu'à ce qu'on fasse passer à nouveau l'air chaud. On peut donc, grâce à ce simple dispositif, avoir *une température oscillante* réglable à volonté.

Plusieurs maisons construisent des appareils à air chaud portatifs fonctionnant soit au gaz, soit à la lampe à alcool. Nous les signalons, bien que ne les ayant pas essayés, en raison des services qu'ils peuvent rendre quand on n'a pas de courant à sa disposition.

Enfin, comme moyen de fortune, on pourrait, faute de mieux, avoir recours aux inhalations de vapeurs d'eau chaude pratiquées soit avec un bol d'eau bouillante recouvert d'un entonnoir, soit avec les inhalateurs classiques de Nicolay ou de Moura, soit avec le vaporisateur à chaudière (spray).

II. — Technique des inhalations d'air chaud. — L'embout est introduit dans la bouche de l'enfant sur une longueur de 3 à 5 cm. suffisamment pour déprimer la langue, sans cependant provoquer de réflexe nauséeux. On tourne alors le commutateur et on se laisse guider par la sensibilité du malade. Dès qu'un signe ou une légère grimace annoncent que la température limite a été atteinte, on tourne le commutateur et on envoie de l'air froid ; au bout de quelques instants on recommence à faire passer de l'air chaud et ainsi de suite (*méthode des inhalations à température oscillante*). La limite de tolérance varie naturellement beaucoup avec l'âge des malades, leur pusillanimité et surtout leur accoutumance. Nous avons employé plus fréquemment un autre procédé : celui des *inhalations discontinues à température croissante*. Dès que la température limite est atteinte, on retire l'embout de la bouche : au bout d'une demi-minute, on le réintroduit pour l'y laisser tant que le malade peut le supporter, et ainsi de suite quatre ou cinq fois. La température augmentant progressivement, la durée de chacune de ces applications successives diminue parallèlement.

Plusieurs chronométrages nous ont montré que des enfants de quatre à huit ans respiraient, au cours d'une séance de cinq minutes :

De l'air à	20°-60°	pendant	2 minutes.
—	70°	—	20 secondes.
—	90°	—	15 —
—	100°	—	10 —
—	110°	—	5 —

Les séances sont naturellement supportées d'autant plus longtemps que les enfants sont plus âgés.

Chez l'adolescent et l'adulte il est possible, grâce à l'usage de l'abaisse-langue, de faire des *irrigations pharyngées d'air chaud*, c'est-à-dire de diriger successivement le jet sur les différents points de la gorge recouverts de fausses membranes.

Les séances d'air chaud ainsi pratiquées ne sont pas douloureuses (1), aussi sont-elles bien supportées, même par les enfants, à condition de ne pas les brusquer et d'user envers eux de douceur et de patience, surtout pour les premières séances (2). Deux ou trois fois nous avons vu les inhalations provoquer passagèrement un peu de toux. Jamais nous n'avons observé ni brûlure ni complication pulmonaire.

III. — Conditions d'expérimentation. — Une méthode thérapeutique ne peut, scientifiquement, être considérée comme efficace que si l'on peut comparer ses résultats à ceux que donne soit un traitement spécifique, soit l'abstention thérapeutique. De cette dernière il ne pouvait être question dans une maladie aussi grave que la diphtérie. Par contre, nous disposions d'un traitement spécifique (sérum antidiphtérique) très efficace, ou tout au moins considéré comme tel jusqu'à maintenant, qui pouvait nous permettre des comparaisons concluantes.

Nous aurions pu mettre en parallèle des malades soignés au sérum avec d'autres soignés au sérum et à l'air chaud ; nous avons cru plus concluant de comparer les premiers à des malades soignés exclusivement par l'air chaud. Avec l'autorisation de notre maître, M. Péhu, qui a bien voulu nous permettre de faire ces essais thérapeutiques dans son service de la Charité, et que nous sommes heureux de remercier ici, nous avons donc divisé nos malades en deux catégories : sur 66 diphtériques entrés à la Charité du 25 mars au 26 avril, époque où nous avons quitté le service, 33 ont été traités par l'air chaud, 33 par le sérum (3), ces derniers constituant pour ainsi dire une série *témoin*. Inutile de dire que le diagnostic clinique a toujours été confirmé par l'examen bactériologique (culture). Pour ne pas être tenté, même inconsciemment, de choisir nos cas, nous traitions les entrants d'une semaine par le sérum, ceux de la semaine suivante par l'air chaud, et ainsi de suite (4).

La preuve d'ailleurs que nos séries étaient très comparables, nous a été fournie par les constatations suivantes :

1° Nous avons trouvé dans chaque série un nombre à peu près égal de malades du même âge :

	Série air chaud	Série sérum
	—	—
De 0 à 2 ans	3 cas	4 cas
De 2 à 15 ans	24 —	23 —
De 15 à 20 ans	1 —	1 —
Au-dessus de 20 ans	5 —	5 —

2° Les localisations diphtériques présentées à l'entrée ont été sensiblement les mêmes :

	Série air chaud	Série sérum
	—	—
Angines sans symptômes laryngés	14	15
Croups avec ou sans angine	15	16
Croups avec trachéo-bronchite pseudo-membraneuse	3	1
Coryza simple	1	1

3° Un examen minutieux fait pour chaque malade à l'entrée nous a montré :

	Série air chaud	Série sérum
	—	—
Un pharynx normal ou seulement rouge (croups primitifs, coryzas)	5 fois	7 fois
Quelques îlots pseudo-membraneux sur les amygdales	7 —	4 —
Des fausses membranes occupant toute la surface de 1 ou de 2 amygdales	11 —	13 —
Des fausses membranes ayant envahi, en plus des amygdales, les piliers, la paroi postérieure, le voile ou la luette	10 —	9 —

Les malades soignés au sérum antidiphtérique en ont reçu, généralement, chacun 60 centimètres cubes (3 injections quotidiennes successives de 20 cc.). Chez deux adultes on a atteint les doses de 80 et 110 centimètres cubes. On a fait à chacun des malades de l'autre série une moyenne de quatre à cinq séances d'inhalations d'air chaud réparties sur un espace de trois ou quatre jours. Ce nombre, nous le reconnaissons, est insuffisant : les séances auraient dû être répétées plusieurs fois dans la journée, surtout au début ; mais, ayant voulu les pratiquer nous-mêmes chez tous nos malades, nous en avons dû limiter le nombre, le temps matériel nous manquant pour en faire davantage (1). De plus, les cas graves entrant dans la soirée ou la nuit étaient injectés de suite au sérum par l'infirmière de garde, tandis que ceux qui devaient être traités à l'air chaud étaient dans l'obligation d'attendre au lendemain matin pour commencer leur traitement.

Nous avons tenu à signaler dès maintenant ces deux causes d'infériorité de la méthode, qui n'auraient pas existé si nous n'avions pas voulu, pour ces premiers essais, appliquer nous-même le traitement, mais dont il nous paraît logique de tenir compte dans l'appréciation des résultats.

IV. — Résultats cliniques. — Nous étudierons progressivement l'influence comparée des deux thérapeutiques sur la disparition des fausses membranes, la chute de la température, l'évolution du croup, la fréquence des paralysies, de

(1) De 2 ou 3 mm. pour le nez. Le petit appareil décrit récemment par le Dr Mahu (*Presse médicale*, 1912, n° 16) nous a semblé particulièrement indiqué pour les douches nasales d'air chaud (coryza diphtérique, persistance de bacilles dans le nez).

(2) Simples bouchons cylindriques percés à la main avec le tube de laiton auquel ils doivent servir de manchon.

(3) Chose curieuse, les courbes ainsi obtenues avec des embouts de diamètre et par conséquent de débit différent (10, 12 et 14 mm.) sont identiques.

(1) Il faut avoir essayé sur soi-même, comme nous l'avons fait, ces inhalations d'air chaud pour se rendre compte de l'extrême tolérance des muqueuses des voies respiratoires. Nous avons parlé dans notre article précédent des températures maxima supportées dans les étuves sèches (100°, 120° et même 130° centigr.). Tout le monde sait que les chaufferies de certains bateaux atteignent 65° à 75°. Par contre, peu de fumeurs se doutent qu'ils passent une partie de leur journée à respirer de l'air dont la température oscille entre 50° et 100°, suivant qu'ils usent du cigare, de la pipe de bois ou de la pipe de terre, et suivant la rapidité avec laquelle ils fument. L'anneau de combustion du cigare étant à 300° environ, il n'y a rien d'étonnant à ce que la fumée atteigne, au moment où où elle entre dans la bouche, les températures susdites. Chacun peut d'ailleurs facilement s'en rendre compte en se servant, comme porte-cigare, d'un tube de verre à l'intérieur duquel on a placé un thermomètre.

(2) Nous n'avons rencontré de difficultés réelles que chez des enfants au-dessous de 2 ans à 2 ans et demi. Devant leur résistance nous avons dû user d'un ouvre-bouche. Mais il faut remarquer que la diphtérie est rare à cet âge (12 p. 100 des cas), le maximum de fréquence étant de 3 à 7 ans.

(3) La thérapeutique non spécifique (inhalations d'oxygène, bains, caféine, huile camphrée...) étant la même dans les deux séries.

(4) Nos tout premiers essais, qui ont été faits sur des malades choisis parmi les moins gravement atteints, sont exclus de cette statistique. Par contre, nous avons fait figurer dans la série air chaud une adulte morte de trachéobronchite pseudo-membraneuse, que nous n'avons pas cru devoir priver du bénéfice du sérum, bien qu'elle eût dû, de par la date de son entrée, être soignée exclusivement à l'air chaud ; estimant que ce dernier traitement n'aurait pas pu, à lui seul, éviter cette issue fatale, nous avons cru équitable de faire rentrer ce cas malheureux dans la série air chaud.

(1) Par suite des épidémies simultanées de rougeole, de scarlatine et de diphtérie, il y a eu dans le service jusqu'à *191 malades* (diphtéries : 70 ; rougeoles : 33 ; scarlatine : 23 ; Ste-Jeanne, Crèche, service des angines, infirmerie des femmes : 65).

l'albuminurie, des accidents cardiaques tardifs, et des complications par infection secondaire, enfin sur la mortalité.

1° *Disparition des fausses membranes.* — Il est de notion courante que l'efficacité du sérum est surtout palpable dans la disparition des fausses membranes ; aussi avons-nous spécialement porté notre attention sur ce symptôme. Tous les jours nous avons fait, pour chaque malade, un schéma de la gorge jusqu'à complet nettoiement (1). Nous avons pu suivre ainsi pas à pas l'évolution des fausses membranes et voir que celles-ci cessaient habituellement de s'accroître dans les vingt-quatre heures qui suivaient la première inhalation (2), puis commençaient à se désagréger et à se détacher du deuxième au troisième jour. Au cinquième jour en général, plus exactement au bout de quatre jours et demi dans la série air chaud, de cinq jours deux tiers dans la série témoin, toute trace de fausse membrane avait complètement disparu (3). Ainsi donc l'air chaud nous a semblé provoquer la chute des fausses membranes aussi rapidement que le sérum, sinon plus.

2° *Chute de la fièvre.* — L'examen comparatif de nos feuilles de température nous a montré que l'abaissement thermique avait été, à peu de chose près, aussi rapide dans un cas que dans l'autre (4 jours en moyenne pour les malades soignés au sérum, 4 jours 1/2 pour ceux traités par l'air chaud).

3° *Evolution du croup.* — Nous avons vu plus haut que le nombre des malades entrés avec des symptômes de laryngite diphtérique était de dix-huit (série air chaud) et de dix-sept (série témoin). Cinq croups de la première série et six de la seconde ont avorté sous l'effet du traitement et ont guéri sans qu'il y ait eu lieu d'intervenir. Les croups de chaque série qu'il a fallu tuber ont guéri dans la proportion de deux sur trois après avoir gardé leur tube en moyenne quatre à cinq jours. Ajoutons que sur quatorze malades soignés à l'air chaud et présentant à l'entrée une angine diphtérique sans symptômes laryngés, un seul ent consécutivement le croup. Aucun des quinze malades de l'autre série entrés dans les mêmes conditions n'a présenté dans la suite de symptômes de croup.

4° *Paralysies diphtériques.* — Trois cas de paralysies du voile ont été observés dans chaque série, soit 9 0/0 ; tous ont guéri en deux ou trois semaines. Ce pourcentage de paralysies est faible puisque, d'après un grand nombre de statistiques, leur fréquence oscille entre 11 et 16 0/0 (4). Nous n'avons jamais constaté de paralysie de l'accommodation ni de paralysie des membres.

5° *Albuminurie.* — Une albuminurie plus ou moins accusée, toujours transitoire, a été observée à l'entrée, huit fois (24 0/0) dans la série air chaud, six fois (18 0/0) dans la série témoin. Ces deux chiffres sont faibles si l'on se rappelle que la fréquence de l'albuminurie dans la diphtérie oscille entre 50 et 60 0/0 (5).

6° *Accidents cardiaques.* — Ces accidents si redoutables, décrits sous le nom de syndrome secondaire de la diphtérie maligne (Marfan) ou d'accidents post-membraneux (Zacchiri) n'ont jamais été observés chez aucun de nos soixante-six malades.

7° *Broncho-pneumonies.* — Les complications par infections secondaires les plus fréquentes sont, en général, l'otite, l'adéno-phlegmon cervical et surtout la broncho-pneumonie. Nous avons en : 1° dans la série air chaud : une otite, un adéno-phlegmon et sept broncho-pneumonies, dont quatre consécutives à des rougeoles contractées dans le service ; 2° dans la série témoin : deux adéno-phlegmons et sept broncho-pneumonies, dont trois post-rubéoliques. Cette assez forte proportion de broncho-pneumonies tient aux défectuosités du service des diphtéries de la Charité, défectuosités sur lesquelles a récemment insisté M. le Prof. J. Courmont, que nous nous contenterons de citer textuellement :

« Peu de médecins connaissent le service des diphtéries. Il a été établi *provisoirement* dans les locaux actuels en 1889. Ce sont des salles voûtées, en contre-bas du quai, réalisant le type de l'hôpital d'autrefois, anti-hygiénique et malfaisant. Il ne peut contenir que trente-deux lits, mais il doit souvent suffire à quarante ou quatre-vingts malades... Il n'y a aucun isolement individuel pour les douteux ou les infectés... » (1)

Quoi d'étonnant à ce que le nombre des cas de contagion intérieure y soit élevé : de juin 1910 à mai 1911, il y a eu aux diphtéries : 91 cas intérieurs de rougeole, dont 8 mortels (broncho-pneumonies) et 21 cas de scarlatine. *De décembre 1911 à mai 1912, on y a compté près de 70 cas intérieurs de rougeole (dont 12 mortels) et 15 cas de scarlatine. Le quart des malades faisant l'objet de ce travail (16 sur 66) ont contracté pendant leur séjour l'une de ces deux maladies.* A ce service s'appliquerait bien le mot d'Archambault sur l'hôpital des Enfants malades : « On n'y meurt pas de la maladie qui vous y amène, mais de celle qu'on y contracte. »

8° *Mortalité.* — La mortalité globale a été à peu près la même dans chaque série, soit 9 décès sur 33 cas (27,27 0/0) dans la série air chaud, 8 (24,24 0/0) dans la série témoin.

Rappelons à ce propos que la *mortalité diphtérique qui oscillait, avant la sérothérapie autour de 50 0/0 a, depuis, diminué de plus de moitié* (2). Dans les hôpitaux de Paris elle varie maintenant entre 10 et 20 0/0 (Variot, Marfan, etc.)

A l'Hôpital de la Charité de Lyon, en raison probablement des défectuosités précédemment signalées (encombrement des salles, insuffisance d'aération et d'éclairage naturel, absence d'isolement individuel) cette mortalité se maintient depuis une quinzaine d'années aux environs de 20 à 25 0/0. En 1907, elle a même atteint 31 0/0.

La mortalité globale de notre série air chaud, (27,27 0/0), ne s'écarte donc pas sensiblement des moyennes observées à Lyon. Elle est même inférieure à la mortalité de novembre 1911 (28, 20 0/0), de janvier (28,26 0/0) et de septembre 1912 (28,52 0/0).

Mais, si nous recherchons la cause de chacun des 9 décès de la série air chaud, nous en trouvons 3 qui ne sont pas dus à la diphtérie :

1er cas : *Phlegmon diffus de la paroi abdominale*, consécutif à une injection sous-cutanée.

2e et 3e cas : *Broncho-pneumonies post-rubéoliques* (cas de contagion intérieure).

Si donc nous défalquons de notre statistique ces 3 décès (3) non imputables à la diphtérie, nous arrivons à une *mortalité réduite de 18 0/0* (6/33).

Nous serions même en droit d'éliminer un autre décès dont notre méthode ne peut être rendue responsable (accident d'auto-détubation) (4), ce qui ferait 4 *décès non imputables à la méthode*, soit une mortalité de 15 0/0.

De même, nous avons en dans la série témoin : 2 décès par broncho-pneumonie post-rubéolique et 1 par néphrite scarlatinense. Ces 3 cas éliminés, il reste 5 décès réellement dus à la diphtérie (1); soit une *mortalité réduite de* 15 0/0.

V. — Appréciation des résultats. — Tels sont donc, exposés longuement, mais avec toute la précision et l'exactitude possibles, les résultats de nos essais thérapeutiques. Certains trouveront peut-être que le nombre de nos cas (33) est insuffisant pour permettre des conclusions catégoriques : outre qu'il ne nous a pas été possible de poursuivre plus longtemps nos essais (notre semestre d'internat aux diphtériques finissant le 1er mai 1912) nous répondrons :

1° Que beaucoup de médications reposent, à l'origine, sur un moins grand nombre d'essais ;

2° Que nos cas, s'ils sont relativement peu nombreux, ont été étudiés de très près au point de vue clinique et suivis, pour ainsi dire, pas à pas, ce qui est préférable, peut-être, à un grand nombre de cas moins bien observés ;

3° Que nos essais comparatifs équivalent presque à des expériences de laboratoire, puisque les malades soignés au sérum antidiphtérique servent en la circonstance de témoins.

Ainsi donc, dans la mesure où 33 essais thérapeutiques peuvent permettre de juger une méthode, nous nous croyons autorisés à dire que l'air chaud constitue, dans la diphtérie, une thérapeutique aussi efficace que le sérum. En effet, nous avons fait remarquer plus haut que, ayant voulu appliquer nous-même le traitement à tous nos malades, nous n'avions pu ni soigner dès leur entrée ceux qui arrivaient à l'hôpital dans la soirée ou la nuit, ni faire un nombre suffisant de séances d'inhalations. Il est probable que la méthode mieux appliquée, nous aurait donné de meilleurs résultats (2).

Evidemment toute notre argumentation est basée sur l'efficacité du sérum antidiphtérique : elle n'a donc de valeur que pour ceux qui admettent ce postulat. Mais si l'action préventive du sérum antitétanique a pu être, dernièrement, l'objet de quelques attaques, le pouvoir curateur de l'antidiphtérique est resté jusqu'à maintenant un dogme médical universellement accepté, dogme tellement intangible que nous nous sommes cru autorisé à en faire la base de notre démonstration.

VI. — Mode d'action. — Les inhalations d'air chaud produisent généralement dans l'angine diphtérique un soulagement immédiat plus ou moins accusé, dû à *l'action analgésiante* bien connue de la chaleur. Peut-être l'air chaud agit-il aussi par *l'hyperhémie locale* qu'il provoque. On sait, en effet, que les tissus abondamment irrigués par le sang se défendent mieux contre les agents pathogènes (Büchner, Schattenfroh). Il est possible, de plus, que *l'augmentation de la sécrétion glandulaire* qui se produit au niveau de la muqueuse pharyngo-laryngée, contribue mécaniquement à la chute des fausses membranes.

Mais l'efficacité de l'air chaud nous semble due surtout à son action *bactéricide*. Si les bacilles de Lœfler contenus dans la fausse membrane ne sont pas tous détruits (3), il est probable que

(1) Le masque de celluloïde translucide que nous avons décrit dans le *Lyon Médical* du 21 av. 1912 nous a souvent rendu service dans cet examen.

(2) Trois ou quatre fois cependant, aussi bien dans une série que dans l'autre, nous avons vu les fausses membranes suivre une marche extensive pendant les deux ou trois jours qui ont suivi l'entrée.

(3) Nous avons dû attendre une fois onze jours, une autre fois douze jours pour voir la gorge de deux malades soignés au sérum totalement dépouillée.

(4) Statistiques de Sanné, 11 % ; de Cadet du Gassicourt, 13,6 % ; de Roger, 16,6 %.

(5) Statistique de G. Sée, 50 % ; d'Empis et Bouchut, 55 % ; de Martin et Chaillou, 56 % ; de Sevestre, 66 % etc...

(1) *Lyon Médical*, 23 juin 1912.

(2) Roux, Congrès de Buda-Pesth.

(3) Les 6 autres décès ont été causés : 3 fois par une trachéo-bronchite pseudo-membraneuse (enfants de 6 mois et de 5 ans morts l'un 24 heures, l'autre 36 heures après l'entrée; adulte de 38 ans, morte au 4e jour), 1 fois par une angine maligne (enfant de 16 mois mort au bout de 48 heures), 1 fois par une broncho-pneumonie croupale (enfant de 4 ans mort au 11e jour), 1 fois par une auto-détubation.

(4) Il s'agit d'un enfant qui, à plusieurs reprises, rejeta spontanément son tube. Une nuit l'interne de garde fut appelé en toute hâte, mais arriva trop tard, l'enfant était déjà mort.

(1) Ces 5 décès ont été causés : 1 fois par une trachéo-bronchite pseudo membraneuse (enfant de six mois mort moins de 24 heures après l'entrée); 1 fois par une angine toxique d'emblée (enfant de 3 ans mort au bout de 36 heures); 3 fois par une broncho-pneumonie croupale (enfants de 1, 3 et 4 ans morts aux 12e, 23e et 7e jour)

(2) Sans compter qu'elle est susceptible de perfectionnements ultérieurs : il est possible, par exemple, que la substitution de l'oxygène à l'air ou encore de l'air humide (sous forme d'inhalations de vapeur d'eau chaude), à l'air chaud et sec (que nous avons employé), donne de meilleurs résultats. On sait en effet que le bacille diphtérique, comme beaucoup d'autres, d'ailleurs, est bien plus sensible à l'action de la chaleur humide qu'à celle de la chaleur sèche.

(3) Plusieurs cultures pratiquées immédiatement après une séance d'air chaud ont été positives. Mais il faut reconnaître que ce contrôle bactériologique de l'efficacité de la méthode n'a pas une grande valeur puisque, théoriquement, il suffit *d'un seul bacille resté vivant* pour ensemencer un tube de culture.

a virulence et le ponvoir toxigène (1) de ceux qui ont résisté doivent être bien moindres.

Rappelons-nons enfin que la chaleur atténue considérablement la toxine diphtérique et que, par conséquent, l'action bactéricide de l'air chaud est peut-être complétée par une neutralisation ou, tout au moins, une atténuation *in situ* de la toxine élaborée au niveau de la fausse membrane.

VII. — INDICATIONS. — Les inhalations d'air chaud ayant été hien supportées par les malades et n'ayant jamais provoqué entre nos mains d'accidents précoces ou tardifs d'aucune sorte, nous considérons que la méthode n'a pas de contre-indications. Il va sans dire qu'elle n'a jamais eu, à nos yeux, la prétention de se substituer à la sérothérapie, mais hien seulement de s'y associer. Si nous l'avons employée isolément, ce n'a été que pour prouver d'une façon plus palpable son efficacité.

Il nous semble qu'il y a lieu dorénavant de combiner ces deux méthodes puisqu'elles ne peuvent pas se gêner mutuellement et que leur mode d'action est différent : le sérum étant surtout antitoxique, l'air chaud surtout bactéricide. En effet, on ne disposera jamais de trop de moyens pour combattre une maladie aussi meurtrière que la diphtérie.

Ce n'est que dans les cas suivants qu'il y aura lieu d'avoir recours exclusivement à l'air chaud :

1° Diphtérie survenant chez un *tuberculeux* : ici le sérum est contre-indiqué, car il peut donner un coup de fouet à la tuberculose (L. Martin).

2° Diphtérie survenant chez un *malade ayant reçu antérieurement des injections de sérum* : la crainte d'accidents anaphylactiques fait alors redouter l'emploi de la sérothérapie ; le traitement exclusif par l'air chaud nous paraît particuliérement indiqué dans ce cas-là.

Ajoutons que dans les cas *d'angines diphtériques bénignes*, quelques médecins, à tort ou à raison, hésitent parfois à faire du sérum. Les inhalations d'air chaud constitueront alors une thérapeutique efficace absolument inoffensive.

Lorsque enfin la diphtérie surviendra après une *maladie infectieuse* (surtout la rougeole), l'emploi de l'air chaud sera d'une grande utilité, car la sérothérapie est dans ce cas peu efficace. La clinique nous apprend en effet que la diphtérie revêt une gravité plus grande quand elle survient après la rougeole (2). L'expérimentation, d'autre part, montre que le sérum antidiphtérique n'est pas immunisant pour les animaux inoculés antérieurement avec d'autres poisons hactériens (Roux et Martin). Netter injectant systématiquement, à titre préventif, tout rougeoleux à son entrée à l'hôpital, a vu néanmoins plusieurs d'entre eux contracter la diphtérie (3).

VIII. — CONCLUSIONS. — Au cours de la même épidémie nous avons soigné, à l'hôpital de la Charité, 66 cas de diphtérie : la moitié au sérum antidiphtérique, l'autre moitié aux inhalations d'air chaud. Si nous éliminons de notre statistique les décès non imputables à notre méthode (en particulier ceux dus aux rougeoles contractées dans le service par suite d'absence d'isolement individuel), nous voyons que la mortalité n'a été que de 15 0/0, aussi bien dans la série air chaud que dans la série témoin (sérum).

Quant à la fréquence des paralysies elle a été le même dans les deux séries (9 0/0). Aucun accident cardiaque tardif n'a été ohservé. La température est descendue et les fausses membranes ont disparu aussi rapidement dans un cas que dans l'autre. Bref, les résultats ont été sensiblement les mêmes. Dans ces conditions, il nous paraît logique, si l'on admet l'efficacité du sérum, d'admettre aussi celle de l'air chaud, d'autant plus que ce dernier traitement n'a pas pu, comme nous l'avons fait remarquer, être appliqué d'une façon aussi précoce et aussi complète que le traitement par le sérum.

Il y a donc lieu dorénavant, pour avoir le maximum d'effet, d'associer les deux méthodes, puisqu'elles ne se contrarient pas l'une l'autre, mais se complètent au contraire, le sérum étant surtout antitoxique, l'air chaud surtout bactéricide. Ce dernier pourra être employé isolément, soit chez les tuberculeux, que la sérothérapie aggrave, soit surtout chez les malades injectés antérieurement au sérum de cheval et susceptibles de présenter des accidents analphylactiques.

Les appareils à thermothérapie, même non électriques, sont devenus aujourd'hui assez pratiques pour que l'on puisse prévoir une grande extension de ce nouveau traitement. (1)

(1) On sait en effet que le pouvoir toxigène des cultures de bacilles diphtériques est très diminué quand la température de l'étuve vient à dépasser de quelques degrés la température optimum (37°).

(2) La conjonctivite diphtérique post-rubéolique en est l'exemple le plus frappant. (Weill et Mouriquand.)

(3) Autres applications de la méthode. Nous avons eu l'occasion de l'appliquer avec succès dans le seul cas d'angine de Vincent que nous ayons observé à la Charité en trois mois : la guérison a été obtenue en quatre jours en dehors de toute autre médication. Les recherches que nous avons entreprises dans la coqueluche sont trop récentes pour que nous puissions en tirer des conclusions. M. le Prof. Netter, qui a bien voulu essayer notre méthode dans les angines ulcéreuses de la scarlatine, nous écrit (8 déc.) qu'il n'a pas obtenu de résultats concluants.

VARIATIONS ARTIFICIELLES DE L'ACTIVITÉ DU

Tissu conjonctif à l'état de vie autonome

Par M. le Professeur S. POZZI

Le Dr Alexis Carrel, membre correspondant national résidant à New-York (2) m'a chargé de vous faire part de ses nouvelles expériences qui complètent celles que j'ai déjà eu l'honneur de vous présenter en son nom le 18 juin 1912.

A ce moment, M. Carrel avait montré qu'un fragment de cœur de fœtus de poulet battait d'une façon normale plus de trois mois après son extirpation de l'organisme, et que des cultures de tissu conjonctif s'accroissaient rapidement au début du cinquième mois de leur existence *in vitro*. Ces expériences ont été continuées (3). Des colonies de cellules conjonctives provenant de ce même fragment de cœur extirpé il y a plus de quatorze mois se développent aujourd'hui avec une grande activité après avoir subi de 166 à 167 passages.

L'examen des tissus formés par ces colonies cellulaires montra l'existence d'un rapport constant entre la vitesse de leur croissance et la composition du milieu. Ce fait indiquait la possibilité de régler la rapidité de la prolifération des cellules conjonctives comme on modifie l'activité de cultures microbiennes.

Les expériences furent faites sur des colonies de cellules conjonctives qui vivaient depuis un an en dehors de l'organisme et se développaient avec une vitesse constante. On fit subir à ces tissus des passages plus ou moins fréquents dans du plasma de poulet adulte seul, ou dans du plasma de poulet adulte contenant des quantités variables de suc d'embryon. On sait que les sucs d'embryon et de certains tissus d'animal adulte ont la propriété d'activer de trois à quarante fois environ la rapidité de la croissance *in vitro* du tissu conjonctif (4). Aprés chaque passage le fragment primitif s'entourait rapidement d'une couronne plus ou moins large de nouveau tissu. La densité de ce nouveau tissu était à peu près constante dans les conditions de nos expériences. La largeur de l'anneau qu'il formait autour du fragment primitif était mesurée au micromètre ou hien une photographie de la culture était prise. Les examens et les mensurations étaient généralement pratiqués quarante-huit heures après un passage. Chaque expérience était rigoureusement contrôlée par une culture témoin.

Les expériences peuvent être divisées en deux groupes suivant que l'activité de la prolifération cellulaire était diminuée ou augmentée.

1° Des colonies cellulaires qui s'entouraient en quarante-huit heures d'un anneau de nouveau tissu large de 0 mm. 7 ou 0 mm. 9 étaient cultivées dans du plas manormal de poulet adulte. Pendant les premières quarante-huit heures leur activité diminuait heaucoup. On leur faisait subir alors un nouveau passage dans un milieu identique. La croissance devenait très lente. Elle était environ de 0 mm. 15 en quarante-huit heures, tandis qu'elle était de 0 mm. 9 dans les cultures témoins. Le volume du tissu cessait alors d'augmenter car, à chaque passage, un certain nombre de cellules étaient détruites et ces pertes légères suffisaient à enlever au tissu le gain de sa faible croissance. La masse pouvait rester stationnaire pendant plusieurs semaines, hien que les cellules proliférassent continuellement. Parfois, la prolifération s'arrêtait complètement et les tissus mouraient. Le plasma d'animal adulte ne permettait pas une augmentation marquée de la masse des colonies cellulaires qui y étaient cultivée. On pouvait ohtenir également une diminution de l'activité des tissus en les maintenant dans une température de 35-36° au lieu de 39°, ou en les laissant séjourner pendant quatre ou cinq jours dans un même milieu. Les colonies cellulaires dont l'activité avait été ainsi diminuée continuaient à proliférer lentement lorsqu'on les gardait dans le même milieu. Mais si on les plaçait de nouveau dans leur milieu habituel, elles regagnaient après quelques passages leur activité primitive.

2° L'addition au plasma normal d'animal adulte d'une faible quantité de suc de tissu produisait aussitôt une augmentation de la masse des colonies cellulaires. Un fragment de tissu cultivé dans un milieu composé de deux parties de plasma et d'une partie de suc embryonnaire légèrement dilué s'entourait en quarante-huit heures d'une auréole de nouvelles cellules, dont la largeur était d'environ 0 mm. 9 et s'accroissait très rapidement. En quelques jours, son volume doublait et il devenait nécessaire de le diviser et de le subdiviser. Lorsqu'on se servait d'extraits de tissu plus concentrés ou hien qu'on faisait subir aux colonies cellulaires des passages quotidiens pendant plusieurs jours, elles produisaient en quarante-huit heures un anneau dont la largeur était de 1mm. 5 et même 1 mm. 80. Dans ce dernier cas, la croissance du tissu conjonctif était plus de quarante fois plus rapide que dans le plasma normal.

Cette grande augmentation de volume prouvait que, dans ces expériences, il s'agissait non pas de phénomènes de survie analogues à ceux qui ont été observés avant le Dr Carrel par d'autres expérimentateurs, mais bien d'un fait nouveau : des cellules conjonctives vivant et se multipliant indéfiniment dans leur milieu de culture comme des microbes.

Ces expériences montraient donc que des colonies de cellules conjonctives, qui avaient vécu plus d'un an en dehors de l'organisme, avaient conservé la faculté d'augmenter beaucoup de volume et de donner naissance

(1) *Lyon Médical.*

(2) Nouvelles expériences du Dr Alexis Carrel, présentées à l'Académie de Médecine par le professeur S. Pozzi.

(3) Eberling. The permanent life of connective tissue outside of the organism. *Journ. Exp. Méd.*, 1913, vol. XVII, p. 273.

(4) Carel. — Artificial activation of the growth *in vitro* of connective tissue. *Journ. Exper. Med*, 1913. Vol. XVII, p. 14.

à des quantités d'autres colonies. Elles montraient aussi que la rapidité de la prolifération cellulaire pouvait être réglée aussi facilement que l'activité de micro-organismes. Ces colonies cellulaires en état d'activité déterminée et constante faciliteront sans doute l'étude des facteurs physico-chimiques de la croissance des tissus et serviront peut-être un jour de réactif pour le diagnostic des propriétés dynamiques des tissus et des humeurs de l'organisme.

REVUE DE CLINIQUE

Episode surrénal chez une aortique aérophage

Par MM. les docteurs CRESPIN et BUGEY

Les syndromes abdominaux — que le plexus solaire soit intéressé ou non — ne sont pas toujours faciles à distinguer les uns des autres et cependant il y a un véritable intérêt thérapeutique à faire cette distinction.

Il n'est pas douteux, en effet, que le même traitement ne saurait convenir à un patient en proie à une crise d'angor abdominalis aortique et à un autre atteint d'insuffisance surrénale aiguë (type Sergent-Bernard).

En parcourant les travaux de M. le professeur Teissier, qui a décrit le premier l'aortite abdominale avec la plus grande minutie, nous ne trouvons pas que la question ait été envisagée. Les deux syndromes paraissent en effet s'exclure à première vue puisque, dans l'un c'est l'hypertension qui domine, dans l'autre c'est l'hypotension.

Dans les cas extrêmes, c'est-à-dire bien tranchés, il ne saurait y avoir la moindre hésitation, mais il y a une foule de cas intermédiaires dans lesquels l'hypertension ou l'hypotension sont peu marqués. C'est alors qu'il faut employer toutes les ressources de l'analyse clinique la plus fouillée pour élucider le mécanisme pathologique des symptômes observés.

Les hasards de la clinique nous ont mis en présence d'une malade qui a présenté un syndrome se rattachant par certains côtés à l'insuffisance surrénale, par d'autres à l'aortite abdominale. Le diagnostic précis auquel nous sommes arrivés est révisable, d'autant mieux que la malade peut alternativement ou simultanément, présenter un syndrome morbide relevant tantôt d'une pathogénie, tantôt d'une autre ; mais son histoire n'en est que plus intéressante en raison des discussions délicates auxquels elle peut donner lieu.

Observation. — M. J..., 71 ans, sans profession, entre à l'hôpital de Mustapha, le 3 décembre 1912, déclarant qu'elle est très affaiblie et qu'elle souffre de l'estomac par intermittences.

Comme antécédents personnels, on relève la mort de son père et de sa mère qui succombèrent jeunes à une affection ayant évolué très rapidement.

Venue en Algérie à l'âge de six ans, elle y contracta presque immédiatement les fièvres paludéennes qui revinrent assez régulièrement pendant six ans pour disparaître définitivement.

A 8 ans, elle contracta un érysipèle de la face, et, à 25 ans, elle fut atteinte d'infection rhumatismale qui fut surtout marquée par une sciatique très douloureuse accompagnée de fièvre élevée, qui l'a tenue au lit pendant plusieurs mois.

Mariée à 33 ans, elle a eu trois enfants et trois fausses couches. Un de ses enfants serait mort de méningite, un antre d'accident. Le troisième est vivant et bien portant.

Pendant toute sa vie, elle a exercé le métier de couturière, ne ressentant certaines fatigues qu'à l'occasion du surmenage. Cependant elle souffrait de douleurs plus on moins vagues dans les mains et les doigts. Peu à peu, à son insu, elle vit se développer au niveau des articulations phalangino-phalangettiennes, les tuméfactions osseuses très connues dans le rhumatisme chronique. (Nodosités d'Heberden.)

La santé générale a beaucoup périclité depuis deux ans, époque marquée par un grand chagrin consécutif au départ de son fils pour la France. Elle dut abandonner son travail et fut tout de suite plongée dans une grande dépression avec vertiges, lipothymies, syncopes, état qui persista plusieurs mois ; dans la convalescence la malade s'aperçut qu'un grand nombre de taches brunes apparurent sur diverses parties de son corps, en particulier aux mains et à l'abdomen.

A la suite de cette maladie, notre malade, incapable de reprendre son travail, se retire dans un asile privé où sa santé reste toujours précaire. Elle se plaignait de souffrir de l'estomac, éprouvant une sensation de constriction à la base du thorax, particulièrement au moment de la déglutition, sensation qui s'accompagnait parfois de douleurs très vives partant du creux épigastrique pour s'irradier dans tout l'abdomen et presque jusqu'à la colonne vertébrale. Ces douleurs surviennent, dit-elle, à des périodes variables de la digestion, tantôt une demi-heure après le repas, tantôt trois ou quatre heures après, tantôt plus tard encore.

Elle se plaint aussi de constipation, ce qui l'oblige à abuser des laxatifs. Parfois elle trouve dans ses selles de fausses membranes rubanées et blanchâtres.

L'examen de cette malade montre qu'il s'agit d'une arthritique avce déterminations vasculaires, nerveuses, articulaires évidentes.

Le cœur a ses dimensions normales ; sa pointe bat dans le sixième espace intercostal en dedans du mamelon. A la pointe, on entendait un souffle râleux, systolique avec propagation axillaire mais sans retentissement dorsal, qui en imposa pour un souffle d'insuffisance mitrale, opinion qui ne se maintint pas, parce qu'il y eut, deux jours après l'entrée, disparition complète du souffle qui, depuis lors, ne fut plus perçu.

Du côté de l'aorte, on sent nettement la crosse au-dessus de la fourchette sternale qu'elle dépasse d'un bon travers de doigt. La matité aortique ne dépasse pas le bord droit du sternum ; mais à l'auscultation le second bruit est claqué, presque clangoreux, au niveau du second espace intercostal droit, près du sternum.

Les artères radiales sont indurées, légèrement flexueuses ; la tension mesurée au Pachon est de 13/21. Le pouls bat entre 60 et 66.

Les poumons ne présentent rien de particulier à la percussion et à l'auscultation.

L'estomac ne paraît pas dilaté ; la sonde introduite à jeun ne révèle pas de stase gastrique.

L'abdomen est sensible à la pression, d'une manière générale, sans qu'il y ait de points particulièrement douloureux. Il n'y a pas de contraction musculaire ; la paroi est flasque et permet la palpation profonde à condition de procéder lentement et graduellement pour vaincre la douleur que cette exploration provoque. C'est ainsi qu'on ne peut trouver d'augmentation de volume de l'aorte ni de déviation de ce vaisseau dans la partie sous-diaphragmatique.

Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume.

L'examen des urines (1.500 gr. en 24 heures), a révélé des traces légères d'albumine et d'indican, avec un certain degré d'hypoazoturie 8 grammes par jour, ce qui s'explique par la restriction de l'alimentation (régime lacté à peine mitigé par l'adjonction de pain).

L'état se maintient stationnaire pendant quelques jours ; mais le 7 décembre nous assistons à une crise d'éructation. Ce sont des salves de rots que nous entendons à distance et qui s'accompagnent d'une distension assez marquée de l'estomac. La malade dit avoir eu quelques crises analogues durant une heure ou deux. Pendant les crises précédentes, comme dans la crise actuelle, il n'y a pas de dyspnée, pas de vomissements, pas de malaises d'aucune sorte.

Les éructations se manifestèrent par deux fois dans la journée du 7 décembre et durèrent une demi-heure chaque fois.

Le 12 décembre, au matin, nous trouvons la malade dans un demi-coma, pouvant à peine ouvrir la bouche pour articuler quelques phrases. Son pouls est presque imperceptible, petit, irrégulier, à peu près incomptable. Les extrémités sont froides, mais la température centrale est normale. Le ventre est extrêmement douloureux spontanément et à la pression ; l'estomac et l'intestin ne sont pas distendus. Nous apprenons que, dans la nuit, la malade a été prise de vomissements intenses et de diarrhée profuse avce état syncopal et crampes dans les mollets. Nous apprenons aussi que pareille crise s'est déroulée il y a quelques mois sans qu'on ait pu incriminer l'alimentation, pas plus qu'aujourd'hui d'ailleurs. Il est impossible de prendre la tension artérielle qui, visiblement, est fort abaissée, alors que, d'ordinaire, elle dépasse la normale. Sur l'abdomen, la ligne blanche de Sergent est remarquablement nette.

En poussant plus loin nos investigations, nous apprenons que les douleurs éprouvées pendant les dernières heures de la nuit ont été véritablement atroces.

Nous prescrivons l'adrénaline à la dose de 1 milligramme en injection et, dès le lendemain (13 décembre), les chiffres représentant la tension artérielle sont 15/9, chiffres plus bas qu'avant la crise. La ligne de Sergent n'est plus apparente. On n'a donc pu la constater qu'à une seule visite.

L'état général se raffermit de plus en plus, très lentement, mais le 20 décembre, à la suite de la suspension de l'adrénaline, les accidents (vomissements, diarrhée), furent de nouveau menaçants. Tout rentre dans l'ordre vers le 26 décembre, mais la malade prend tous les jours (en ingestion maintenant), un milligramme d'adrénaline, médicament qu'on n'ose pas supprimer. La tension artérielle est devenue normale, mais n'atteint pas les chiffres élevés qu'on avait observés à l'entrée.

Les douleurs abdominales persistent longtemps. Il semble que le chauffage lumineux de l'abdomen avec un appareil du Dr Miramond de Laroquette, ait été très efficace pour amener l'atténuation de ces douleurs.

L'alimentation a pu être reprise, mais prudemment. Une asthénie assez marquée empêche toujours la malade de se lever (12 janvier 1913) et il y a toujours de l'insomnie pendant la nuit. On note encore des douleurs périorbitaires et occipitales et des vertiges surtout apparents, quand à la station horizontale succède la station assise. Ces vertiges avaient revêtu une grande intensité le jour même où l'adrénaline avait été supprimée. ils furent beaucoup moins fort quand la médication fut reprise.

En résumé, chez une aortique présentant quelques symptômes d'entérocolite muco-membraneuse et aussi de l'aérophagie très nette, on constate parfois des crises dont l'origine surrénale peut, à bon droit, être invoquée.

Asthénie, hypotension, vertiges, syncopes, vomissements et diarrhée, le tout « sentant l'intoxication », suivant l'expression de Chauffard, avec ligne blanche de Sergent, ne voilà-t-il pas un ensemble de symptômes permettant un diagnostic ferme, d'autant mieux que l'adrénaline paraît jouer un rôle dans l'atténuation et la disparition des complexus morbides ?

Mais cependant, les crises abdominales des aortiques ressemblent singulièrement à celles que nous venons de décrire et nous sommes surpris qu'aucun auteur n'ait fait ce rapprochement. Dans celles-ci, il y a également petitesse du pouls, dépression générale, vertiges, syncopes, vomissements et diarrhée ; les vomissements

peuvent en imposer pour une crise tabétique, la diarrhée pouvant être attribuée par son abondance à la manifestation d'un œdème intestinal aign (J. Teissier.)

Sans doute, l'asthénie n'est pas aussi marquée chez les aortiques que chez les capsulaires, mais cependant les aortiques profondément anémiés peuvent être extrêmement déprimés.

Les signes vraiment pathognomoniques, d'après les auteurs, seraient la ligne blanche pour les surrénalites, l'hypertension pour les aortites, M. le professeur Teissier a insisté sur les hypertensions partielles et a montré qu'en cas d'aortite sous-diaphragmatique la tension de la pédieuse était nettement supérieure à la normale, égalant ou dépassant même la tension de la radiale. Le jour de la crise, il nous a été impossible de rechercher la tension des artères périphériques, l'hypotension étant générale d'ailleurs.

M. Lœper (*Progrès Médical*, 10 septembre 1910) a montré que dans les crises d'angor abdominalis, la tension était toujours manifestement élevée, en dépit de la petitesse du pouls.

Nous ajouterons que l'administration de l'adrénaline serait sans effet chez les aortiques et pourrait même être nuisible, quoique l'hypertension par ce produit soit peu considérable et toujours suivie d'hypotension.

Voilà les éléments du diagnostic, auxquels il faut ajouter en dehors de la crise (car pendant celle-ci l'abdomen est très douloureux et rend l'exploration difficile) la constatation du signe de la pédieuse, d'une aorte dilatée et déviée, siège d'une grande sensibilité, avec irradiation le long des artères iliaques et dans les cuisses. Supposons que la ligne blanche fasse défaut, que l'hypertension ou l'hypotension ne soient pas manifestes et la perplexité sera grande. Les symptômes d'entérocolite muco-membraneuse feront incliner le diagnostic du côté de l'aortite abdominale. Car on sait les rapports manifestes qu'il y a entre ces deux manifestations morbides, souvent associées.

On conçoit donc que des crises abdominales simulant un empoisonnement doivent être soigneusement analysées pour permettre d'orienter le diagnostic vers la surrénalite ou l'aortite sous-diaphragmatique.

A propos de l'insuffisance rénale, ou de l'aortite abdominale, on a envisagé un certain nombre d'hypothèses susceptibles d'égarer le clinicien (péritonites, coma apoplectique, empoisonnements volontaires, criminels ou accidentels, pancréatites, entéralgies diverses, myélites, gastralgies avec ou sans hyperchlorhydrie, appendicite, etc., etc...). Nous n'y insisterons pas, puisque notre but a été d'attirer l'attention sur le diagnostic entre les syndromes abdominaux d'origine surrénale et aortique.

Il convient cependant d'ajouter que l'aérophagie peut aussi donner lieu à des crises abdominales ; mais il y a alors distension gazeuse évidente et la pression de l'estomac détermine des éructations bienfaisantes ; il y a beaucoup plutôt de la constipation que de la diarrhée. Chez notre malade, qui était une aérophage, il ne pouvait cependant pas être question d'aérophagie au moment de la crise dépressive signalée plus haut, car aucun des signes précédemment observés (éructations, distension gastrique, constipation) ne pouvait être mis en relief.

Quant à la pathogénie des épisodes surrénaux chez les aortiques elle est facilement compréhensible. Il y a de la névralgie ou de la névrite solaire chez les aortiques, ce qui explique suffisamment les douleurs abdominales de ces malades, mais quand les douleurs deviennent intenses, paroxystiques, avec adjonction de phénomènes comme diarrhée, vomissements, syncopes, hypotension, il faut faire intervenir un élément de plus, qui est la lésion surrénale, laquelle agit par dépression vasculaire (déficit de la fonction angiotonique) et par intoxication générale (déficit de la fonction antitoxique). Que des crises solaires pures puissent engendrer pareil syndrome, c'est probable ; mais quand elles se signalent par une hypotension marquée, il faut penser à la surrénale et chercher à découvrir un syndrome capsulaire, péricapsulaire ou mixte.

On conçoit très bien, du reste, que chez une artério-scléreuse, l'irrigation des capsules surrénales soit mal assurée et qu'un processus embolique, hémorragique ou autre, puisse amener la claudication intermittente de ces capsules et entraîner l'apparition d'un syndrome capsulaire non addisonien (Sergent-Bernard) et même addisonien, ce dernier étant ébauché dans notre cas où nous avons constaté un grand nombre de taches brunes cutanées, sans pigmentation des muqueuses.

Et, pour cela, il n'est pas besoin de grosses lésions d'aortite abdominale, décelables par la palpation, en sorte que chez tout aortique faisant des crises abdominales, il faut penser toujours à une pathogénie surrénale et non simplement solaire, comme on avait coutume de le faire, afin de pouvoir instituer momentanément dans une maladie hypotensive une médication absolument paradoxale, reposant sur l'administration des hypertenseurs (1).

(1) Soc. de médecine d'Alger.

REVUE DE PATHOLOGIE

Le Réflexe cornéen dans l'agonie

Par le Docteur René NETTER, d'Epernay

La recherche du réflexe cornéen est un mouvement réflexe chez le praticien appelé près d'un agonisant. Malheureusement son abolition est trop souvent interprétée comme une abdication des fonctions vitales, comme le glas du désespoir. C'est une erreur parfois funeste, et je crois utile de la signaler, à la faveur d'un récent cas personnel.

L'enfant André Mont..., âgé de cinq ans, présentait depuis plusieurs jours, de la fièvre, du coryza et de la dysphonie. Appelé, je constatai un certain degré de dyspnée et une angine lacunaire unilatérale ; je fis immédiatement une injection de sérum antidiphtérique et je prescrivis une atmosphère humide, des compresses chaudes autour du cou, etc... Au milieu de la même nuit, je suis rappelé : la dyspnée s'était aggravée progressivement, sans paroxysmes, et l'enfant était mourant. Je le trouvai sans connaissance, sans mouvement, sans sensibilité, sans réflexe cornéen ; le pouls était très rapide et inégal ; la respiration réduite au tirage des derniers moments.

Heureusement, j'étais prêt à faire la trachéotomie. Je la pratiquai littéralement sur un cadavre, froid et inerte, sans autre hémorragie qu'une cuillerée à café de sang noir asphyxique. La pénétration de l'air dans la trachée rendit peu à peu le stimulus vital à ce corps inanimé. Bientôt il fut secoué par des efforts d'expectoration, esquissa des mouvements de défense contre les piqûres d'huile camphrée. Enfin le réflexe cornéen reparut, mais il était instable : disparaissant dès qu'on laissait l'enfant s'assoupir et la respiration s'affaiblir, il reparaissait en quelques secondes sous l'influence d'un mouvement de respiration artificielle ou d'une application de serviettes chaudes sur la région précordiale.

N'est-ce pas là ce qu'on remarque dans la narcose chloroformique, où le réflexe cornéen se modifie d'un moment à l'autre suivant la profondeur du sommeil. Et il arrive à tous les débutants de considérer la perte de ce réflexe comme le critérium de l'anesthésie et de la résolution musculaire, l'agitation du patient, au premier coup de bistouri les tire de leur erreur.

Il ne faut pas non plus, dans l'ictus apoplectique, accorder trop d'importance à l'abolition du réflexe cornéen qu'on observe du côté hémiplégié : c'est un élément qui permet de diagnostiquer, d'une façon précoce, le siège de la lésion, mais qui ne saurait imposer, à lui seul, un pronostic d'une exceptionnelle gravité.

Il est vrai que le réflexe cornéen est un des derniers à disparaître dans les états comateux et dans l'anesthésie, et, par suite, cette disparition traduit une perturbation profonde des fonctions organiques. Mais en aucun cas, cette constatation ne doit faire abandonner la partie ; en aucun cas, dans les hésitations opératoires *in extremis*, elle ne doit favoriser l'amour-propre du médecin en lutte avec sa conscience.

J'insiste sur le cas particulier du croup, parce que les résurrections qu'on obtient par l'intervention tiennent du prodige et qu'elles paraissent incroyables à qui ne les a vues de ses propres yeux. Que chacun essaie ce miracle, au lieu de se dérober au devoir en envoyant le malade mourir au seuil de l'hôpital. On ne saurait trop se souvenir de l'impérieuse formule d'Archambault ; ne pas hésiter à opérer tant que l'enfant n'est pas positivement mort.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Méthode de Vaccination américaine

Aucune méthode de vaccination n'est plus simple, ni meilleure que celle employée à New-York.

L'instrumentation nécessaire se compose d'aiguilles à coudre ordinaires, de quatre centimètres de longueur et de petits bâtonnets ou curedents en bois, appointés à l'une de leurs extrémités et aplatis à l'autre. Aiguilles et bâtonnets doivent être en nombre égal au nombre des personnes à vacciner et sont immédiatement jetés après avoir servi pour une personne. L'opération se fait au bras ; l'opérateur gratte, avec la pointe d'une aiguille, l'épiderme, faisant de petites scarifications très serrées, en long, puis en travers, de façon à dénuder le derme sur une surface carrée d'environ cinq millimètres de côté. Il jette l'aiguille, prend un bâtonnet par le milieu, en plonge l'extrémité aplatie dans le tube au vaccin et frotte cette extrémité sur la surface dénudée.

La scarification étant relativement grande, la vésicule apparaît avec des bords irréguliers et festonnés dus à la coalescence de vésicule plus petites ; au bout de sept jours la vésicule est complètement formée : un anneau inflammatoire atteint un diamètre de un centimètre et demi à trois centimètres. Cette auréole est le signe de la vaccination avec succès. Au quinzième jour une croûte brune se forme et tombe entre le vingtième et le vingt-cinquième.

Cette méthode de vaccination américaine a été mise en application par le service médical de la Compagnie Générale Transatlantique, au Hâvre et a donné d'excellents résultats ; le vaccin est acheté au bureau d'hygiène de New-York qui a ainsi fourni du vaccin, en 1901, pour 1,011,750 personnes et, en 1904, pour 774,050 personnes.

REVUE DE CHIRURGIE

Résection du nerf facial dans le rocher ; régénération spontanée partielle.

Par M. le Docteur ROBINEAU

La malade que je vous présente a une histoire pathologique complexe : entre autres choses, je lui ai enlevé un goitre basedowifié et je lui ai fait, avec l'aide de M. Monod, une trépanation décompressive pour des accidents cérébraux dont la nature exacte n'a pu être établie. Je voudrais seulement attirer votre attention

sur un point extrêmement curieux de son histoire : la régénération partielle de son nerf facial gauche après résection dans le rocher.

Mlle G... avait subi dans le courant de 1907 deux opérations pour otite moyenne gauche ; on avait d'abord ouvert l'antre pétreux, puis un évidement pétro-mastoïdien classique avait été pratiqué. La guérison ne survenait cependant pas et, au début de 1908, je constatais que la suppuration était entretenue par des séquestres et par la présence de cholestéatome. Le sacrifice du nerf facial me paraissant inévitable, j'en informai Mlle G..., qui se résigna à la paralysie de ce nerf ; et au mois de mars 1908, je fis un évidement sérieux du rocher.

Sous le contrôle du miroir frontal, j'ai enlevé ou curetté le canal demi-circulaire horizontal, le promontoire, le limaçon et enfin l'aqueduc de Fallope dans son segment horizontal et dans la partie supérieure de son segment vertical. L'étendue réséquée du nerf facial peut être évaluée de 1 centimètre à 1 centimètre et demi. La brèche osseuse était profonde et large ; elle mit plusieurs mois à s'épidermiser et il fallut encore faire quelques retouches. Bien entendu, la paralysie faciale avait été immédiate et complète.

J'ai revu cette malade en novembre 1911, et j'ai été stupéfait de constater qu'elle pouvait fermer l'œil gauche, remuer sa bouche de droite à gauche et que l'asymétrie faciale était peu apparente. Sans doute, il y avait de la contracture des muscles, de l'hémispasme facial et des mouvements associés ; mais il y avait en plus et très nettement des mouvements volontaires isolés, principalement de l'orbiculaire palpébral et du risorius.

La modification dans l'état paralytique était apparue pendant l'été de 1910, deux ans après la section du facial ; la malade avait d'abord constaté que les aliments ne s'amassaient plus dans le sillon gingivo-labial ; puis l'asymétrie faciale avait diminué ; peu à peu, l'œil arrivait à se fermer. L'amélioration a été progressive pendant six mois environ, puis l'état est resté stationnaire.

Une exploration électrique s'imposait ; elle a été faite le 11 janvier 1912 par le Dr Mabar, et voici la note qu'il m'a remise :

« *Excitabilité faradique.* — Diminuée par rapport au côté sain de moitié environ, mais inégalement suivant les muscles ; la diminution est plus accusée sur : l'élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, l'orbiculaire des lèvres, le triangulaire du nez et le dilatateur de l'aile du nez. La diminution est moins accusée sur : l'orbiculaire palpébral, le carré des lèvres et le sourcilier.

« *Excitabilité galvanique.* — Diminuée dans les mêmes proportions et sur les mêmes muscles.

« Formules polaires normales.

« Malgré la contracture et l'atrophie partielle des muscles de la face, étant donnés les mouvements volontaires possibles (quoique associés pour la plupart) et l'*absence nette* de signes de dégénérescence, on peut admettre que la régénération du nerf facial s'est faite en grande partie ».

Quelle explication donner de ce fait ? J'ai pensé d'abord, malgré la précision parfaite de mes souvenirs, que je n'avais pas sectionné ni surtout réséqué le tronc du facial ; mais le Dr Jardry, qui connaissait bien cette malade et m'avait assisté pour son opération, se rappelle parfaitement que le facial a été réséqué sur plus de 1 centimètre. Toutefois, j'ai fait examiner la cavité osseuse il y a quelques mois par mon ancien interne Passot ; autant qu'il a pu en juger, il ne reste pas de traces du promontoire ni du limaçon ; une partie des canaux semi-circulaires persiste ; il semble bien qu'une portion de l'aqueduc de Fallope a été réséquée.

Sicard a aussi examiné cette malade, mais il n'a pu me donner l'explication que je demandais. Par quelle voie la régénération du nerf s'est-elle faite ? Il ne semble pas que ce soit par la voie normale, étant donnée la brèche faite dans le rocher ; on ne peut donc que formuler des hypothèses sur ce cas, sans doute exceptionnel, mais vraiment curieux. (1)

(1) *Soc. de chir.*

REVUE DE TOXICOLOGIE

Intoxication familiale
Par des cuillers en métal plombifère

Par MM. APERT, G. MEILLÈRE et ROUILLARD

Le 29 octobre 1912 entrait dans le service de M. Apert, à l'hôpital Andral, un homme de 50 ans, en pleine colique de plomb. L'homme faisait lui-même son diagnostic. Il racontait qu'il avait eu, il y a dix-neuf ans, deux crises de coliques de plomb, en 1893 et 1894, alors qu'il était fondeur en plomb. Fin 1894, il quitta cette profession pour se faire maçon et il resta dix-sept ans sans crises. En novembre 1911, nouvelle crise violente ; en juillet 1912, nouvelle crise ; en octobre 1912, la crise pour laquelle il entrait à l'hôpital.

La présence d'un liséré saturnin très caractéristique, ainsi que l'ensemble des symptômes (rétraction de l'abdomen, rétraction du foie, vomissements, constipation opiniâtre, prouvaient qu'il s'agissait bien d'une colique de plomb.

Le malade attribuait toutes ces crises, même les récentes, à son métier. Peu satisfaits de cette explication en ce qui concernait les trois dernières crises, survenues dix-sept et dix-huit ans après la cessation de la profession, nous fîmes une enquête pour savoir comment notre homme avait bien pu s'intoxiquer de nouveau. Comme il nous racontait avoir déménagé pour venir habiter un appartement garni de papiers de tenture, les uns verts, les autres rouges et pelucheux, nous le priâmes de nous faire porter des fragments de ces papiers. Sa femme nous en apporta, et nous pûmes constater que cette femme, bien que n'ayant jusqu'alors jamais souffert de coliques de plomb (on verra par la suite de l'observation qu'elle eut une crise ultérieurement), portait sur les gencives un liséré aussi beau que celui de son mari. La femme amenait avec elle son petit garçon, âgé de 8 ans. Il ne portait aucune trace de liséré et n'avait jamais souffert de coliques.

L'analyse des papiers de tenture ayant prouvé l'absence de plomb, l'un de nous, Rouillard, se rendit au domicile conjugal pour rechercher l'origine de cette intoxication des deux conjoints. Il visita les ustensiles de cuisine et mit la main sur d'anciens couverts massifs, en métal se pliant facilement et semblant contenir une forte proportion de plomb. Le ménage n'usait pas constamment de ces couverts ; parfois, on restait des semaines sans s'en servir, pour user d'autres plus modernes, puis on reprenait les anciens. Quant à l'enfant, il se servait d'un couvert plus petit de composition différente, ce qui explique qu'il soit resté indemne.

L'homme fut vite guéri de sa colique de plomb. Les couverts nous furent remis pour l'analyse du métal, le ménage ne s'en servit donc plus ; chose curieuse, la femme eut cependant une colique de plomb, légère, il est vrai, pour laquelle elle entra le 10 décembre dans notre service. Elle n'avait plus fait usage depuis un mois des fameux couverts, mais elle restait imprégnée de plomb comme le montrait la persistance du liséré. Depuis lors, il n'y a plus eu d'accidents saturnins ni chez l'homme, ni chez la femme. Il semble donc bien prouvé que l'usage de ces couverts était la cause du mal.

L'analyse des couverts, pratiquée par M. Meillère, a montré, d'ailleurs, que ces derniers ne pouvaient être employés aux usages culinaires sans céder du plomb aux aliments. On a trouvé en effet, pour 100 parties de métal :

Plomb	9.86
Antimoine	10.00
Etain	80.00
Divers	0.14

L'alliage en question présente la composition de la *poterie d'étain* réglementaire, dans laquelle on tolère la présence de 10 p. 100 de plomb. On connaît les nombreuses applications de cet alliage, pour la fabrications des comptoirs, des mesures de capacité, des fontaines, pots, broes, mouloirs, seringues, etc. Dans les ménages on trouve encore en usage des compotiers, des marmites américaines, des glacières, enfin des couverts de plus en plus délaissés aujourd'hui pour le métal dit « aciéré » (sorte de poterie d'étain armé), employé concurremment avec les converts en fer étamé. L'usage journalier des ustensiles dont nous avons esquissé l'énumération a été, de tout temps, une des principales causes d'intoxication saturnine. Aussi, les pouvoirs publics ont-ils essayé de réglementer la vente et l'usage de cette catégorie d'objets par de nombreux décrets, arrêtés ou circulaires.

Sans nous arrêter à l'analyse détaillée des documents de police sanitaire ayant trait à cette question, nous rappellerons que l'ensemble de cette réglementation vise plus spécialement les deux points suivants :

1° *Tolérance admise pour les ustensiles de toute catégorie employés à la conservation et à l'emballage des denrées alimentaires et des boissons.*

L'arrêté ministériel du 28 juin 1912 interdit l'emploi de poterie d'étain constituée en tout ou en partie par un alliage contenant plus de 10 p. 100 de plomb ou plus de 1/10.000 d'arsenic. Le même arrêté interdit de placer les denrées alimentaires dans des ustensiles étamés ou soudés avec de l'étain contenant plus de 0,5 p. 100 de plomb, ou plus de 1/10.000 d'arsenic, ou moins de 97 p. 100 d'étain dosé à l'état métastannique.

2° *Tolérance admise pour l'étamage des ustensiles de cuisine et le vernissage des poteries.*

L'étamage doit répondre aux conditions données plus haut ; (1/2 p. 100 de plomb au maximum). L'enduit des poteries doit répondre à l'essai légal (essai de Wurtz et Bussy), c'est-à-dire ne pas céder de plomb à une solution d'acide acétique à 3 p. 100 après une demi-heure d'ébullition. (Circulaire ministérielle du 28 septembre 1910.)

Pour compléter cette documentation, notons qu'un arrêt de la Cour de cassation, en date du 20 juin 1911, a décidé que si, pour sauvegarder la salubrité des denrées offertes au public, les maires ont le droit d'interdire l'usage de certains ustensiles pour l'exposition ou la mise en vente des dites denrées, ils ne peuvent réglementer la fabrication et la vente des dits ustensiles. A la suite de cette décision, un projet de loi a été déposé à la Chambre le 15 juin 1911 pour compléter l'article 11 de la loi du 5 août 1905 sur la répression des fraudes, en vue d'armer plus complètement les pouvoirs publics.

De l'ensemble de ces faits paraît bien résulter que les règlements de police sanitaire, interprétés littéralement, établissent simplement une distinction entre les ustensiles obtenus par coulage ou laminage d'un alliage à 10 p. 100 de plomb et les ustensiles obtenus par étamage du fer ou du cuivre avec un alliage ne renfermant pas plus de 1/2 p. 100 de plomb.

Si nous cherchons ce que l'hygiène réclame, nous trouvons que le principe de cette réglementation devrait être le suivant : *abaisser le plus possible la tolérance en plomb pour les ustensiles culinaires*, ces derniers pouvant se trouver en contact avec des liquides attaquant facilement — surtout dans les conditions de leur emploi — les alliages riches en plomb et les enduits de poteries mal préparés.

Les couverts qui ont été la cause initiale des accidents que nous avons relatés plus haut présentent bien la composition de la poterie d'étain tolérée par les règlements; aucun texte de loi ne permet d'en interdire la vente. Cependant, des couverts de cette composition s'emploient aux mêmes nsages que les couverts en métal étamé ou que les poêlons en terre; ils se trouvent exposés aux mêmes agents dissolvants du plomb (vinaigre, condiments, fruits acides), ils devraient présenter la même sécurité.

Pour nous résumer, nous dirons que, à notre avis, tous les instruments de cuisine, sans exception aucune, devraient pouvoir subir l'essai à l'acide acétique imposé pour les poteries, résultat qui ne peut être obtenu qu'en exigeant pour tous ces ustensiles (ou tout au moins pour leur surface active) une composition analogue à celle que doivent présenter les étains d'étamage, c'est-à-dire 1/2 p. 100 de plomb au maximum, teneur vingt fois moins élevée que la tolérance admise pour la poterie d'étain.

Cette poterie elle-même ne peut être employée sans danger que pour la conservation momentanée des liquides rigoureusement neutres, ce qui restreint singulièrement ses applications (1).

(1) Soc. médic. des hôp.

REVUE D'HYGIÈNE

Des Procédés de balayage à employer dans les Écoles

Par le Docteur R. THÉBAULT

Mon intention n'est point de passer en revue les divers procédés antiseptiques autorisés depuis quelques années par la Direction de l'enseignement primaire. Je voudrais simplement attirer l'attention médicale sur une partie des attributions que nous avons jusqu'à présent abandonnées à la bonne volonté des directeurs d'écoles et de leurs subordonnés.

En attendant le procédé idéal du nettoyage par le vide qui sera, espérons-le, employé demain dans nos écoles, vous avez tous condamné le balayage à sec, ainsi que le frottage des parquets.

La méthode la plus employée dans nos écoles est celle du balayage avec la sciure humide. Elle vaut, semble-t-il, ce que vaut le balayeur. Si, au lieu de faire notre inpection hebdomadaire à heure fixe, nous passions dans nos écoles à l'heure du nettoyage, nous surprendrions parfois telle femme de service, mise en retard pour une cause ou pour une autre, en train de balayer comme autrefois : rien qu'à l'huile de coude.

Les principaux inconvénients de la sciure sont les suivants : Elle n'est pas antiseptique alors qu'il serait facile de l'humecter avec une solution étendue d'eau de javelle ou de crésyl. Son emploi prend un temps énorme à cause des tables fixées aux planchers. Lorsque les parquets sont usagés et présentent des fentes plus ou moins larges, la dite sciure pénètre dans les interstices et; une fois séchée, contribue à produire de nouvelles poussières. Enfin, avec la sciure, le personnel n'est point dispensé des lavages à grande eau une ou deux fois par semaine, lavages qui contribuent à faire jouer les lames de parquet et à les disjoindre d'une façon désastreuse.

Tous ces inconvénients disparaissent quand on fait usage de produits hydrocarbonés pour imprégner les parquets. Le gros avantage de ce procédé est de conglomérer les poussières ou du moins de les alourdir suffisamment pour les empêcher de s'élever dans l'air, et cela non seulement au moment du balayage, mais surtout pendant les nombreuses évolutions des enfants.

Ce procédé a été expérimenté d'une façon très sérieuse au Val-de-Grâce et à la caserne de la Tour-Maubourg. Après de nombreux essais et analyses pratiqués par les soins du laboratoire municipal, la Préfecture de la Seine, par une circulaire en date du 20 juin 1908, en a recommandé l'emploi dans nos écoles.

Les produits en question sont presque tous retirés de la sève du pin maritime additionnée de produits antiseptiques, tels que le formol, le phénol, l'eucalyptol. Leur application se fait au chiffon ou au pinceau deux fois par an, un peu plus souvent dans les couloirs et escaliers. Le balayage se fait chaque jour avec un balai ordinaire, qui ramasse dans chaque classe à peine deux poignées de poussière en grumeaux.

Les mérites de l'imprégnation préalable des parquets avec les produits résineux sont les suivants : suppression de la sciure, des lavages et des époussetages. Donc économie de temps pour le personnel. Diminution de l'usure des parquets. Disparition presque complète de la poussière pendant les heures de classe et pendant le balayage. Destruction des puces. Diminution probable dans une certaine mesure des sources scolaires des épidémies.

Passons aux inconvénients, car toute médaille a son revers ; 1° Le prix de revient. Celui-ci est plus apparent que réel. On compte un litre à un franc pour 35 mètres carrés de parquet neuf, soit une classe ordinaire ; un litre par 20 mètres de parquet en mauvais état. Mais par contre il y a économie dans la suppression de la sciure, du savon, de l'eau de javelle et dans la diminution de l'usure des brosses et des parquets.

2° La couleur très foncée que les produits résineux donnent aux parquets. C'est affaire d'habitude et moins laid qu'un parquet souvent couvert de boue et de poussière. D'ailleurs cet inconvénient est diminué par l'usage de la paille de fer à chaque nouvelle application.

3° L'odeur que dégage le baume de pin ne m'a jamais paru désagréable. En tout cas elle s'atténue et disparaît quelques jours après son application.

4° Au début des essais, alors que le produit n'était pas étendu dans le sens des veines du bois et en trop grande quantité, alors aussi que la mode était aux longues jupes, quelques institutrices se sont plaint d'avoir leurs effets tachés. Ce reproche ne doit plus se produire si l'on a soin d'enduire les parquets un jeudi ou un samedi soir et de frotter vigoureusement avec une serpillière quelques heures après.

5° et dernier reproche : Le baume de pin rendrait le parquet glissant et favoriserait les chutes. Pour ma part je n'en ai observé aucun cas dans les écoles dont les enfants sont bien surveillés et auxquels on défend les allures désordonnées pendant les leçons ou les récréations.

Comme conclusion de ce petit travail j'émets les propositions suivantes :

1° Le frottage et le cirage des parquets est interdit dans les écoles de la ville de Paris.

2° Il en est de même pour le balayage à sec ou à la toile humide.

3° Les directeurs et directrices, d'accord avec le médecin inspecteur de leur groupe, sont libres de choisir entre les procédés suivants, pour le balayage de leur école :

a) Balayage avec la sciure humectée d'une solution antiseptique faible de crésyl, formol ou eau de javelle ;

b) Balayage après imprégnation préalable des parquets à l'aide de produits dérivés de la sève du pin maritime.

4° L'administration est invitée dans les cas où les parquets seraient disjoints à en faire boucher les fentes à l'aide des mastics d'usage courant dans le commerce. (1)

(1) Soc. des Médecins inspecteurs des écoles de la Seine.

CARNET DU PRATICIEN

Broncho-pneumonie

Ipéca..........................	2 grammes
Infuser dans :	
Eau bouillante..............	100 c. c.
Réduire à 50 c. c. et ajouter :	
Sirop de polygala..........	30 c. c.

Une cuillerée toutes les deux heures.

(GRASSET)

Cors et durillons

Formuler :

Résorcine....................	1 gramme
Acide salicylique...........	1 —
Acide lactique..............	10 —
Collodion ricinéa...........	10 —

Appliquer ce topique pendant cinq ou six jours de suite ; prendre un bain de pieds, gratter et enlever le collodion qui entraîne le cor avec lui. — On renouvelle les applications et il n'est pas de cor, si ancien et si invétéré qu'il soit, qui puisse leur résister.

(GAUCHER.)

Pour perdre l'habitude de fumer

Se rincer la bouche avec la solution suivante :

Nitrate d'argent.............	0 gr. 25
Eau distillée..................	100 grammes

La fumée du tabac prend dans la bouche, chez les personnes qui se sont ainsi gargarisées, un goût désagréable et développe une répugnance telle qu'on perd, pendant longtemps, toute envie de fumer.

Acné du visage

Le soir, laver le visage avec de l'eau chaude et du savon, et appliquer la lotion suivante :

Soufre précipité pur tamisé et lavé..................	5 grammes
Talc porphyrisé et tamisé...	2 —
Glycérine officinale pure....	60 —
Eau de roses..................	120 —
Teinture de quillaya........	10 —

Effectuer cette préparation au mortier et par petites quantités de façon à obtenir un mélange aussi homogène que possible.

En raison de son poids, le soufre tend à tomber au fond de la bouteille contenant la lotion, aussi faut-il recommander au malade de bien l'agiter avant de s'en servir.

Le matin, après un même lavage, poudrer le visage avec :

Soufre précipité	2 grammes
Carbonate de magnésie......	100 —

(GAUCHER.)

Traitement par la glucose des troubles post-anesthésiques

Prescrire au malade la potion suivante :

Glucose......................	150 grammes
Teinture de noix vomique.	0 gr. 50
Teinture de cannelle.......	3 gr.
Eau, Q. S. pour..........	300 cm.

à prendre par cuillerée à bouche toutes les demi-heures.

Les vomissements ne sont pas accrus par l'ingestion de cette boisson; ils sont supprimés.

Si l'on se trouve en présence d'un cas déclaré, il faut administrer largement le glucose par toutes les voies: buccale, rectale, intra-veineuse même. Il faudra, en plus, par analogie avec la pratique admise dans le coma diabétique, lui adjoindre les alcalins.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZAREY

VARIÉTÉS

Les Lotions dangereuses et le Conseil d'hygiène

Les lotions antiseptiques destinées à nettoyer la chevelure que l'on trouve aujourd'hui communément dans le commerce sont-elles toutes inoffensives et exemptes de dangers pour la santé des personnes qui les emploient? Non, bien loin de là, si l'on en croit le Dr Duguet, membre de l'Académie de médecine, qui a entretenu de cette question le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine au cours d'une de ses dernières séances.

L'attention du préfet de police a été attirée, a-t-il dit, sur ce sujet, par une lettre du Dr Levassort, de Paris, qui vient d'être témoin des accidents sensationnels que voici :

Une dame âgée d'une trentaine d'années, mariée à un ingénieur, en rentrant chez elle après un voyage assez long, voulut nettoyer sa chevelure. Elle se mit en devoir d'y procéder dans son cabinet de toilette, pièce de petites dimensions, munie d'un radiateur pouvant élever rapidement la température. Après avoir versé dans une cuvette les deux tiers environ du liquide contenu dans un petit bidon de fer-blanc portant comme étiquette les mots *lotion antiseptique*, sans qu'il fût fait mention de son mode d'emploi, elle pencha la tête au-dessus de la cuvette pour y plonger plus facilement ses cheveux, ainsi que le font habituellement les femmes qui se lavent la tête avec de l'eau savonneuse. Rapidement suffoquée et étourdie, elle tomba à la renverse et demeura inerte, sans connaissance, pendant une dizaine de minutes. Cet état alarmant aurait pu durer plus longtemps si, fortuitement, la femme de chambre ayant eu besoin de parler à sa maîtresse n'avait pénétré dans le cabinet de toilette. Portée sur son lit, la malade ne reprit ses sens que trois heures après l'accident, et après avoir, pendant près de deux heures, présenté des crises de nerfs réitérées avec cris et mouvements désordonnés qui inquiétaient vivement l'entourage. C'est alors que le Dr Levassort la vit pâle, décolorée, avec maux de tête intenses, nausées et en état d'hébétude. Cette situation dura plusieurs jours et, pendant trois à quatre semaines, la malade conserva une gêne indéfinissable, avec décoloration des muqueuses et anémie générale très prononcée. Aujourd'hui tout est rentré dans l'ordre.

Qu'est-ce donc que cette lotion antiseptique? Analysée au laboratoire municipal, on l'a trouvée composée de tétrachlorure de carbone ininflammable, mais impur, puisqu'il renferme une petite quantité de sulfure de carbone (environ 5.0 /0).

Or, Lewin rapporte dans son *Traité de toxicologie* que l'inhalation des vapeurs dégagées par 60 gouttes de tétrachlorure de carbone fait périr un chat en six à dix minutes; les lapins et les cobayes sont rapidement tués par des doses moindres; la mort est précédée chez eux de convulsions, de tremblements, de battements cardiaques accélérés, de respiration convulsive, etc. Chez l'homme, le tétrachlorure de carbone provoque des envies de tousser, des vomissements, une irrégularité du pouls, de la cyanose, l'engourdissement, la perte de connaissance, en un mot, tous les accidents constatés chez la malade dont nous avons rapporté l'observation.

Il y a plus : dans le *Journal de pharmacie et chimie* (t. I, page 460, année 1910), on cite un cas mortel provoqué par le tétrachlorure de carbone dans un salon de coiffure de Londres. Malgré l'application de la respiration artificielle, il fut impossible de rappeler la cliente à la vie. La mort sembla due à un affaissement cardiaque. Tels sont les méfaits du tétrachlorure de carbone pur; ses dangers ne peuvent être qu'accrus quand, non rectifié, il renferme avec lui du sulfure de carbone, ainsi qu'il arrive dans cette lotion antiseptique, quelque faible que soit sa teneur en sulfure de carbone, dont tout le monde connaît les fâcheuses propriétés et les dangers.

Pur, le tétrachlorure de carbone est d'un prix élevé; non rectifié, il coûte moins cher, mais il est aussi plus dangereux à manier.

Après avoir exposé minutieusement les dangers que peuvent présenter les corps dont la présence est révélée par l'analyse et rapporté à ce sujet les avis motivés d'un grand nombre de ses confrères, le Dr Duguet a conclu qu'il est prudent, dans l'intérêt de la santé générale, de ne pas laisser dans les mains du public ni même des coiffeurs une composition aussi dangereuse que cette lotion antiseptique. Il a proposé en conséquence d'en interdire la vente. Ces conclusions ont été votées à l'unanimité.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La Magie Naturelle (Daragon, Paris).

Depuis plus de deux siècles il n'a pas été publié en français d'édition nouvelle de la Magie Naturelle de J.-B. de Porta, les exemplaires que l'on rencontre par hasard de l'édition de Rouen 1631 se vendent à des prix fort élevés. — C'est pourquoi l'éditeur H. Daragon spécialiste en publications rares touchant l'occultisme, a voulu offrir à sa très nombreuse clientèle cosmopolite le livre le plus rare et le plus estimé touchant la Magie Naturelle ou les secrets et miracles de la nature. — Ce véritable classique de l'Occulte débute par une étude sur la magie, les magiciens, les vertus et les propriétés des choses cachées, sur les préparations, sur les éléments.

Manuel pratique de Kinésithérapie, fascicule VI : L. Durey, *Les traumatismes et leurs suites* (Librairie Félix Alcan.)

L'auteur au point de vue de la technique, a voulu avant tout faire œuvre pratique. A propos des fractures ou des luxations les plus typiques, les manipulations nécessaires ont été décrites très longuement, de façon à ce que ces traitements types puissent servir de guides pour des cas ou plus rares ou plus faciles; en outre chacune des manœuvres usuelles a été bien individualisée et exposée dans tous les détails de son application.

Le principe général qui semble dominer tout ce travail est la recherche des effets réflexes provoqués par des manipulations légères mais précises.

Manuel pratique de Kinésithérapie, fascicule VII; *La rééducation motrice*, par R. Hirschberg, (Alcan, Paris).

Après une courte introduction, l'auteur consacre la première partie du livre à l'exposé général de la méthode de rééducation motrice, à la théorie de la méthode et à son application contre les troubles moteurs du Tabes dorsalis : incoordination motrice et hypotonie musculaire. C'est la partie la plus importante du livre, car elle contient la description détaillée des exercices de rééducation applicables à différentes formes d'ataxie des membres inférieurs, du tronc et des membres supérieurs.

La deuxième partie du livre comprend les paralysies et parésies cérébrales, spinales et périphériques, c'est-à-dire des impotences motrices par suite de lésions organiques du système nerveux. Le chapitre VII de la IIe partie est consacré aux tics. Brissaud et ses élèves Meige et Feindel ont montré tout le parti qu'on peut tirer de la rééducation dans ces troubles moteurs si gênants que constituent les tics et le torticolis mental. Ici, il s'agit d'une disciplinisation des mouvements. Chez des malades de cette catégorie, la rééducation consiste à rétablir le contrôle de la volonté sur les mouvements volontaires, contrôle qui n'existe plus chez le tiqueur, ni chez le malade atteint de torticolis-mental.

Revue des Médicaments nouveaux par C. Crinon (Vigot frères, Paris).

Continuant de se conformer au système qu'il a adopté dans le principe, M. Crinon a consacré peu de place aux substances encore peu étudiées et ne paraissant pas destinées à un véritable avenir thérapeutique, et les développements dans lesquels il est entré ont été, en général, proportionnés à l'importance réelle ou présumée des médicaments.

La triple hérésie du pain blanc et son Remède par le Docteur Monteuuis (de Nice).

La question du pain, toujours à l'ordre du jour, intéresse gens du monde et médecins. Jamais le pain blanc n'a eu la faveur des praticiens.

Le pain blanc, dit le Dr Montennis, est un fléau social; le blé y est trois fois dénaturé; il l'est dans sa composition chimique, dans son énergie structurale et enfin dans sa valeur digestive. Le peuple l'a si bien compris, qu'il l'a caractérisé et flétri d'un seul mot en l'appelant du *blé mort*.

Ce pain a pour lui la théorie des calories; et c'est sa force. Pour l'apprécier, l'auteur se base sur l'idée si magnifiquement exposée par Poincaré; « La destinée des théories est d'être éphémère ou fausse », et nous montre que, si la théorie des calories a manqué à sa première destinée, elle n'échappe pas à la seconde; elle apparaît, chaque jour davantage, comme un préjugé de médecine scientifique retardée. Le pain blanc qui l'incarne est le progrès à rebours, et elle-même donne raison au mot de Pasteur : « La science ne progresse qu'en se détruisant tous les vingt-cinq ans ».

L'accent convaincant de l'auteur, associé à sa profonde connaissance d'une question vraiment capitale, donne à cette brochure, un attrait et un intérêt pratiques qui en garantissent le succès et assurent à brève échéance un prochain problème du pain un regain d'actualité.

Revenons à la Nature et Régénérons-nous, par Dr Georges Rouhet de la faculté de médecine de Paris (Berger-Levrault, Paris).

L'auteur nous fait voir toute la dégénérescence des Sociétés modernes. Il nous donne des règles précises sur l'hygiène de l'enfance; il nous enseigne la manière dont nous devons nous alimenter pour obtenir la santé parfaite; il nous apprend à régler notre sommeil, nous engage à ne pas négliger l'hydrothérapie, et nous met en garde, dans un chapitre très suggestif, contre les accidents produits par l'abus du tabac.

La Magie Astrale, par Jean Mavéric (Daragon).

Cet ouvrage original fut conçu dans le but de restituer les correspondances zodiacales et planétaires, dans leur intégralité.

L'auteur déclare qu'à l'aide de son manuel, on pourra sans commettre d'erreurs, accomplir les opérations astrologiques et magiques, dans les conditions les plus favorables à leur réussite. Il permet aux néophytes de l'Occulte d'établir, sans effort et rapidement, les correspondances générales qui se rapportent à leur naissance.

ÉCHOS

Un nouveau parasite de l'homme

M. R. Blanchard, vient de signaler l'existence d'un nouveau téniadé de l'homme, appartenant augenre « bertiella ». Ce genre établi par l'auteur en 1891, en faveur de deux parasites des anthropoïdes comprend actuellement 18 espèces, réparties entre les marsupiaux, les lémuriens, les rongeurs américains voisins du porc-épic, les singes d'Amérique, ceux de Chine et d'Afrique, enfin chez les anthropoïdes. Ce sont donc des parasites, des herbivores et des frugivores.

En raison des affinités des grands singes avec l'espèce humaine, il était à prévoir que des « bertiella » se rencontreraient aussi chez l'homme. C'est aujourd'hui seulement que cette prévision se réalise. M. Blanchard a tout récemment pu donner la description zoologique d'un ver de ce genre, rendu par une fillette de l'île Maurice et envoyé par le docteur Barbeau, ancien élève du laboratoire de parasitologie de notre faculté de médecine et chef des services sanitaires de la ville de Port-Louis.

La présence d'un « bertiella » chez l'homme, ajoute un type curieux aux nombreux helminthes qui peuvent se développer dans notre tube digestif.

Le mouvement de la nuptialité en Allemagne.

En 1911, le nombre des mariages contractés dans toute l'étendue de l'empire d'Allemagne s'est élevé à 512.819, dépassant de 16.423 ou 3,2 0/0 celui de la précédente année et de 18.692 ceux de 1910. On voit qu'en Allemagne comme en France, la nuptialité suit une marche légèrement ascendante, ce qui n'empêche pas qu'à l'instar de ce qui se passe chez nous, la natalité va en décroissant.

Un doctorat aisé à acquérir

L'Université Carnegie de Wilmington (Delaware annonce, en de superbes brochures, que l'Etat lui permet de délivrer des diplômes de docteur en médecine. Un membre du comité de la « American médical Association » demanda, pour se rendre compte de la chose, à pouvoir subir, par écrit, l'examen exigé. On lui envoya trois questions : 1° Qu'est-ce que l'histologie? 2° Qu'est-ce que l'embryologie? 3° Etiologie et thérapeutique de la malaria.

Il répondit comme suit : 1° L'histologie est l'étude de l'histoire de l'anatomie et de la physiologie; 2° l'embryologie, c'est l'étude du nouveau-né et des soins à lui donner; 3° la malaria est une affection qu'on observe dans le Sud et en terrain marécageux. Le meilleur traitement consiste en massage du ventre pour favoriser les selles et en massage de la colonne vertébrale.

Ces réponses valurent en récipiendaire le grade de docteur en mécanothérapie, « avec distinction ».

Le diplôme sera envoyé moyennant la somme de 50 dollars.

C'est vraiment pour rien!

84e Année (Série XIIIe) — No 201 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 4 Juin 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

CHANTEMESSE, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
LANDOUZY, Doyen de la Faculté, Prof. de Clinique Médicale, Membre de l'Académie de Médecine
RECLUS, Professeur de Clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de Médecine
RICHET, Professeur de Physiologie à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
ALBERT ROBIN, Professeur de Clinique Thérapeutique, Membre de l'Académie de Médecine
BALZER, Médecin de l'Hôpital St-Louis, Membre de l'Acad. de Médecine
BAZY, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon, Membre de l'Acad. de Médecine
BEURNIER, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
DESCREZ, Professeur de Chimie Médicale à la Faculté de Médecine
SEBILEAU, Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière, Membre de l'Académie de Méd.
VAQUEZ, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
CHASSEVANT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
MARIE, Médecin en chef de l'Hospice de Villejuif
MONPROFIT, Professeur à l'Ecole de Médecine d'Angers

DIRECTEUR
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut
Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Exposition Bruxelles 1910
Vice-Prés. de cl. Expos. Gand 191
Ancienne *Gazette de Santé*
(140e Année)

Sommaire du Numéro du 4 Juin 1913

ÉCHOS

Les étudiants en médecine et la loi de trois ans.

L'Association des professeurs des Écoles de médecine de France vient de présenter aux ministres de l'Instruction publique et de la Guerre le document qui suit :

L'Association des professeurs des Écoles de médecine et de pharmacie, réunie en assemblée générale à la Faculté de médecine de Paris le 6 avril 1913, émet à l'unanimité le vœu suivant :

Tous les Français sans exception doivent participer à l'effort patriotique qui s'impose en ce moment à la nation et accomplir, s'il en est ainsi décidé, trois ans de service actif.

Les étudiants en médecine et en pharmacie seront soumis pendant un certain temps au service militaire qui les rendra aptes à remplir, s'il y a lieu, le rôle de combattants.

Mais étant donnée l'insuffisance reconnue du cadre du service de santé, déjà trop préjudiciable en temps de paix, extrêmement grave en temps de guerre, l'association estime que le plus tôt possible après cette première période, il y aurait intérêt pour l'armée à utiliser les aptitudes spéciales de ces jeunes gens.

Dans ce but, les étudiants en médecine et en pharmacie seront repartis dans les vingt-trois villes, sièges de facultés de médecine, des écoles de plein exercice ou des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Dans la mesure compatible avec leur service d'infirmiers et sous le contrôle de l'autorité militaire, ils seront autorisés à continuer leur scolarité, de façon à acquérir le plus tôt possible le titre et les fonctions de médecins ou de pharmaciens auxiliaires, tels que les définit la loi actuelle, complétant ainsi dans une proportion très importante le personnel du service de santé.

En émettant ce vœu, l'association croit s'inspirer des véritables intérêts de la défense nationale.

Le président :
Dr Motais.

Les maladies vénériennes au Maroc

M. le Dr Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur marocain, publie dans les *Annales d'hygiène* (février 1913) un article qui donne une idée vraiment peu favorable de l'état des mœurs au Maroc.

Depuis longtemps, les villes marocaines sont connues pour la dissolution de leurs mœurs et pour l'absence de scrupules avec laquelle les femmes s'y donnent au premier venu. La réputation de Fez, de Rabat-Salé, de Mogador en particulier, est, à cet égard, parfaitement établie. Musulmanes et israélites sont de mœurs également faciles et, si les premières l'emportent en nombre sur les secondes, cela tient uniquement au chiffre différent des deux populations. Depuis quelques années, un troisième facteur : le facteur espagnol, est survenu et a vu son importance croître singulièrement. Les Françaises ne sont guère représentées (Tanger, Casablanca, Rabat) que par des chanteuses de café concert. Elles sont peu nombreuses, n'accordent en général leurs faveurs qu'à quelques privilégiés de la fortune et peuvent être tenues, au point de vue de la propagation des maladies vénériennes, comme quantité presque négligeable.

Pour ce qui est des maladies vénériennes, excepté dans la Chaouia, où l'autorité militaire essaye, au milieu des plus grandes difficultés, d'organiser la lutte contre la propagation des maladies féminines, la prostitution est absolument libre dans l'empire chérifien et il n'existe nulle part de réglementation, au sens hygiénique du mot, à plus forte raison de visite sanitaire. L'immense majorité des Marocains en est encore du reste à ignorer la relation de cause à effet qui peut exister entre un coït suspect et l'apparition d'un chancre ou d'un écoulement. Toute mesure antivénérienne se heurte à deux obstacles principaux, également difficiles à surmonter dans l'état actuel du pays, la captivité, l'avilissement des autorités chérifiennes et le régime des capitulations sous lequel vivent les sujets européens.

S'il est, de-ci de-là, quelque honorable exception, les autorités marocaines ne connaissent la prostitution que pour l'exploiter et pour tirer d'elle le revenu le plus élevé possible. Pour prendre un exemple concret, on évalue à 500 (400 musulmanes et 100 israélites) le nombre des femmes qui se livrent à la prostitution à Mogador. Chacune d'elles est obligée de payer au gouverneur de la ville un impôt d'un douro (environ 4 fr. 25) par semaine. Cette somme, très régulièrement perçue par l'*arifa*, sorte de surintendante des prostituées, passe directement de sa poche dans celle du gouverneur, qui, dans une ville dont la population ne dépasse pas 20.000 habitants, trouve ainsi moyen de se faire un revenu annuel de près de 100.000 francs. On conçoit dès lors combien peu il est disposé à prendre ou à autoriser des mesures qui risqueraient — telle la visite bebdomadaire avec ses conséquences — d'entraver le cours d'un tel Pactole. Ceux qui connaissent les Marocains comprendront...

Si toute tentative de surveillance sanitaire se heurte, en ce qui concerne les femmes musulmanes et israélites, à l'avilissement du Maghzen, elle rencontre, pour ce qui est des Espagnoles, un autre obstacle non moins sérieux : la protection des autorités consulaires. Le régime des capitulations qui assure aux Européens la liberté du commerce — de tous les commerces, — l'inviolabilité du domicile, etc., a, en ce qui concerne la propagation des maladies vénériennes, des conséquences désastreuses. Il ne peut être question pour une autorité française de soumettre une femme publique espagnole à un examen médical. Cette femme serait-elle converte des syphilides les plus contagieuses, il est impossible d'entraver en quoi que ce soit le commerce qu'elle fait de ses charmes. A vrai dire, à Settat, à Bir-Rechid et dans les autres postes de la Chaouia, où l'autorité militaire a organisé un service antivénérien et où l'Espagne n'a pas de consul, les Espagnoles sont, comme les Israélites, ou les Musulmanes, obligées de se soumettre à la visite périodique du médecin-major si elles veulent être autorisées à accorder leurs faveurs à la troupe. Tant qu'elles ne sont pas contagieuses, tout se passe sans encombre. Mais une plaque muqueuse vient-elle contraindre le médecin à les mettre en interdit pour quelques jours, vite elles accourent à Casablanca ou à Rabat, se mettre sous la protection de leurs consuls. Dès lors elles sont intangibles et peuvent se prostituer dans ces villes en toute liberté. Le danger est d'autant plus grand pour les Français que les compatriotes de Carmen paraissent avoir pour eux un attrait tout particulier. Pour les Espagnols, aussi très nombreux au Maroc, le péril est considérable. Ce serait assurément l'intérêt bien compris de l'Espagne que de nous seconder dans la lutte que nous tentons contre les maladies vénériennes au lieu de nous faire pièce. Sur ce point comme sur beaucoup d'autres, une entente, une coopération étroite entre les deux pays serait désirable. Nous devons, pour être complet, signaler que, dans quelques villes de la côte, les médecins espagnols attachés aux consulats soumettent parfois les femmes publiques à une visite ou un semblant de visite. Pour des raisons que nous ne voulons pas approfondir, les résultats de cette mesure ont toujours paru inexistants.

Aussi, dans les dispensaires, les malades vénériennes comptent pour plus du tiers dans le nombre des maladies qui y sont soignées....

Les chiffres qui suivent donneront une idée de la fréquence particulière de la syphilis au Maroc. Le tabor de police de Mazagan compte 170 hommes, Leur médecin (Dr Blanc) estime à 150 le nombre des syphilitiques. Il y aurait environ 100 syphilis acquises et 50 syphilis héréditaires. A Mogador, sur 275 hommes on compte au tabor de 220 à 230 syphilitiques soit de 140 à 150 syphilis acquises et de 70 à 80 syphilis héréditaires (Dr de Campredon). A Tanger, parmi les 500 hommes du tabor, il y a 428 syphilitiques (Dr Fumey).

..Enfin, à côté de la prostitution féminine, la prostitution masculine joue dans les villes marocaines, chez les israélites, mais surtout chez les musulmans, un rôle fort important dont l'hygiéniste ne peut se désintéresser. A l'homosexualité ne s'attache au Maroc — comme à la syphilis du reste — aucun déshonneur.

Il y a là encore une source très importante d'extension des maladies vénériennes et le mal est si général au Maroc qu'il en est arrivé à constituer pour la prostitution féminine une véritable concurrence.

Malheureusement, ajoute M. Remlinger, plus encore que contre les dangers de la prostitution féminine, l'hygiéniste se trouve ici désarmé. Sévir contre les pratiques dont le caractère déshonorant échappe à la mentalité marocaine ? Il n'y faut guère songer. Faire sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, l'éducation des indigènes et, par persuasion, obtenir d'eux, sinon qu'ils modifient leurs penchants, qu'ils renoncent à leurs habitudes? Ce ne sera pas l'œuvre d'un jour. En attendant, le vice homosexuel étant contagieux comme tous les vices, serait-il impossible de prendre quelques mesures pour qu'il risquât moins de s'étendre hors de ses foyers d'origine?

L'Auscultation à distance

Certains médecins de Baltimore, annoncent les journaux américains, utilisent les cardiographes pour ausculter, de chez eux, le cœur de leurs malades.

— Ce n'est plus maintenant une invention théorique, a déclaré un de ces docteurs. Nous pouvons, à l'heure actuelle, enregistrer la condition d'un patient qui se trouve à 500 milles de l'hôpital. Le téléphone a rendu cela possible. Il est vrai que la dépense occasionnée par un tel examen serait assez élevée, car un fil spécial pendant vingt minutes est indispensable ; il vaut mieux se livrer à cet examen pendant la nuit parce que les bruits extérieurs sont plus rares.

Le coût de l'examen peut varier entre 1.500 et 3.000 francs, mais un spécialiste réputé peut ainsi diriger le traitement d'un malade qui se trouve à des centaines de milles de chez lui.

LES MÉDECINS POUR LA PAIX

Un grand nombre de nos confrères de France et de l'étranger nous ayant demandé des renseignements relatifs à l'Association, nous les engageons vivement d'adhérer à cette importante Société, qui ne réclame d'ailleurs qu'un engagement moral et n'exige pas de cotisation.

Prière d'adresser le bulletin ci-dessous à son très distingué Président, le Docteur Rivière, 25, rue des Mathurins, à Paris.

BULLETIN D'ADHÉSION A DÉTACHER

Je soussigné Dr..........................
demeurant à..............*rue*..........*no*....
*désire faire partie de l'*Association Médicale Internationale contre la Guerre.

(Nom et adresse lisibles et complets).

La Constipation chez les Hémorroïdaires

Par le Docteur P. SUARD

Ancien professeur agrégé aux Écoles de Médecine navale
Ancien médecin des Hôpitaux de la Marine

Ouvrez un traité de pathologie externe, vous y voyez, à l'article hémorroïdes, que celles-ci ont pour cause : l'alimentation trop copieuse, trop riche, l'hérédité, l'inévitable arthritisme, la sédentarité, les tumeurs du bassin, la grossesse, l'abus de la position assise et... la constipation. Certes, il est facile de se rendre compte, que tout ce qui est de nature à gêner le cours du sang veineux à l'extrémité du tube digestif peut fort bien y produire la dilatation des veines, la formation de varices rectales. C'est le cas, chez le constipé, d'une accumulation de matières fécales dans la partie terminale du gros intestin. Si l'on ajoute que l'effort produit par le malade à chaque défécation, augmente cette dilatation, qu'il repousse au delà de l'orifice anal, les veines parfois démesurément grossies, qu'étranglent au passage les sphincters contractés, on comprend que la répétition de pareilles violences ait tôt fait de dilater les veines rectales, non plus passagèrement, mais de façon permanente, de créer la tumeur hémorroïdaire. Et cela d'autant plus aisément, que les parois des vaisseaux veineux ont à pareil jeu, bientôt perdu de leur résistance, quand elles ne sont pas gravement altérées dans leur constitution intime.

Mais, s'il est hors de doute qu'une constipation opiniâtre, chronique, puisse mécaniquement engendrer les hémorroïdes, il est certain que ces dernières la déterminent fort souvent à leur tour. La gêne mécanique apportée au cours des matières fécales par les bourrelets hémorroïdaires disposés au pourtour de l'anus provoquerait, par action réflexe, l'atonie, la parésie intestinale, assure-t-on ; d'où production de la constipation. Le ballonnement du ventre, le tympanisme, les douleurs lombaires, tous phénomènes observés chez les hémorroïdaires, n'auraient point d'autre origine ; et ce serait à tort qu'on les mettrait sur le compte de dyspepsies gastriques. On dit bien, par contre, il est vrai, que de simples hémorroïdes ne suffiraient point, à elles seules, à provoquer ces phénomènes, qu'il faudrait plus qu'une dilatation des vaisseaux pour les produire ; qu'une altération prononcée des parois veineuses serait nécessaire.

Sans nous arrêter plus longtemps à ces diverses considérations et à des subtilités par trop théoriques, retenons ici, de tout ce qui précède, cette conclusion pratique : tout constipé d'habitude n'est pas forcément un hémorroïdaire ; mais il n'y a pas d'hémorroïdes sans constipation prononcée, tout au moins intermittente. Donc, si on veut traiter, soulager un malade atteint d'hémorroïdes, il faut avant tout, s'occuper de sa constipation, *cause* ou *effet* peu importe ; la prévenir, la supprimer le plus possible, la tempérer tout au moins, pour lui rendre son affection hémorroïdaire supportable, si on ne peut complètement le débarrasser de ses hémorroïdes.

Convenons-en, ce sont là conceptions un peu terre à terre, qui n'ont rien à voir avec les pathogénies nouvelles dont on a voulu doter, ces dernières années, la maladie hémorroïdaire : Ectasie veineuse généralisée due au dysthyroïdisme, la sécrétion thyroïdienne agissant comme régulateur de la circulation veineuse (Lancereaux, 1901) ; insuffisance thyroïdienne coexistant avec une véritable diathèse angioneurotique, d'où trouble de la fonction angio-régulatrice, congestion du bassin, et maladie hémorroïdaire (Delaunay) ; hyperexcitabilité bulbo-protubérantielle, avec diminution d'influx dans le sympathique pelvien (Léopold Lévy). Si ces théories sont intéressantes par les conséquences thérapeutiques qu'elles peuvent entraîner, il est bien difficile d'en prouver l'exactitude. Et d'ailleurs, il est à croire que le praticien préfèrera toujours s'en tenir à des conceptions plus simplistes, répondant à des réalités tangibles, comme l'est certainement la coexistence qu'il n'a jamais cessé de relever entre les hémorroïdes et la constipation. Cette coexistence, cette influence réciproque d'une affection sur l'autre, voudrait-on chercher à la nier, que les faits de chaque jour se chargeraient de la remettre en évidence.

Témoin ce traitement proposé, naguère encore par Bucklin, chirurgien anglais, traitement capable de guérir du même coup, dit l'auteur, les hémorroïdes et la constipation, et qui n'est pas sans une grande analogie avec celui de la fissure anale. Il consiste, en effet, à introduire un speculum vaginal bivalve au-delà des deux sphincters interne et externe, à écarter ensuite les deux valves, de façon à produire la dilatation. Six jours après une pareille manœuvre, le patient pourrait être considéré comme guéri à la fois de ses hémorroïdes et de sa constipation ! Nous voulons bien le croire, pour le médecin et plus encore pour les malades pareillement victimés. Mais le jeu pourra sembler brutal à beaucoup de ces derniers qui opineront certainement pour un traitement plus bénin et moins radical.

Arrivons donc au fait. Comment le médecin mettra-t-il son malade à l'abri de la constipation qui lui est à ce point préjudiciable, que beaucoup de porteurs d'hémorroïdes ne sont à vrai dire incommodés par leurs tumeurs variqueuses peu volumineuses et facilement réductibles, que lorsqu'ils souffrent de la constipation ? C'est là un fait d'observation journalière pour tous les praticiens.

Auparavant, il nous faut rappeler ici les recherches tentées ces dernières années sur les fonctions intestinales ; ce rappel est indispensable à l'intelligence de tout ce qui va suivre. Longtemps on avait pensé que le péristaltisme était toujours en cause, que le spasme, l'atonie, étaient seuls à intervenir pour expliquer la rétention des matières à l'extrémité du tube digestif.

Depuis que Ad. Schmidt aurait démontré que la constipation n'était le plus souvent, que le résultat d'une digestion intestinale trop parfaite, trop poussée à l'extrême, il aurait fallu en rabattre et convenir que les choses se passaient tout autrement. Le séjour prolongé du bol alimentaire dans l'intestin aurait pour effet de lui enlever son eau, et une grande partie de ses déchets cellulosiques, ce qui le transformerait, le réduirait à n'être plus qu'un faible amas de matières dures, parce que déshydratées, desséchées. Or, comme les fèces sont l'excitant normal, physiologique de la motricité intestinale, cette réduction du bol fécal, cette déshydratation de ses éléments constitutifs, aurait pour conséquence, ainsi que l'a fort bien expliqué Martinet, de diminuer son pouvoir excito-moteur sur la muqueuse, d'engendrer l'atonie intestinale, donc la constipation. Il resterait bien à établir ici pourquoi la digestion intestinale est parfois trop complète, ce qui déshydrate et réduit le volume du bol fécal chez les hémorroïdaires ; cela pourrait nous entraîner fort loin. Ne soyons donc pas trop exigeants, et sacrifiant pour le moment aux idées du jour dans des limites raisonnables, voyons comment nous allons faire le nécessaire, pour mettre le plus possible notre malade à l'abri de la constipation, de l'en débarrasser, lorsqu'il en souffre.

Le régime d'abord. Il comportera des potages liquides, des viandes dégraissées, du poisson, des légumes verts, des fruits crus et surtout cuits. On voit des sujets se bien trouver du lait (c'est à essayer), des sauces grasses, des pâtes alimentaires. Comme boisson : thé, vin rouge coupé ou pur en petites quantités, bière.

Faut-il attribuer à certains poivres exotiques un effet curatif marqué sur la fluxion hémorroïdaire et la constipation qui l'accompagne ? Mieux vaut rester dans la réserve. Tous les excitants, épices, alcools, ont, de tout temps, été sévèrement interdits aux porteurs d'hémorroïdes, tout autant que la station assise prolongée, les longues courses en voiture, etc. La constipation devient-elle plus pressante, plus tenace, il convient d'ajouter au régime l'usage quotidien du pain de son, de la graine de lin. Jadis, on eût ordonné, en outre, de temps à autre, et surtout au moment des périodes plus difficiles, quelques gouttes d'huile d'olive ou de ricin, les lavements froids, les suppositoires, ovules à la glycérine ou autres, les laxatifs doux à base de magnésie combinés ou non avec le soufre comme l'indiquait Germain Sée...

Il semble bien que toute cette dernière partie du programme soit désormais appelée à subir de sérieux remaniements, si le médecin adopte une thérapeutique plus en harmonie avec les idées neuves exposées plus haut.

Si les constipés, comme le voudrait Ad. Schmidt, digèrent la cellulose mieux que les individus normaux, peut-être y aurait-il avantage à ne pas leur prescrire le pain de son, à ne pas leur donner en abondance les légumes verts, les salades, épinards, soupes à l'oseille, le pain d'épices, les fruits, le raisin, etc., tout un régime avant tout végétarien, tel que le recommandait Dujardin-Beaumetz. A quoi bon, puisqu'un tel régime ne pourrait remédier à l'insuffisance biliaire, qui, elle aussi, joue son rôle dans la constipation ? Est-ce bien sûr qu'il en soit ainsi ? N'est-il pas plus sage de ne pas sacrifier sans réserves aux idées du jour, de ne pas trop négliger le culte des vieilles idoles et des divinités, si longtemps respectées ? Donc, faut-il rayer complètement les aliments végétaux du régime de nos constipés hémorroïdaires ? Non ! Cent fois non ! Ceux-ci, qu'on le veuille ou non, sont toujours plus ou moins des arthritiques, souvent des hypertendus, plus souvent encore peut-être des congestifs ; autrefois on eût dit des « échauffés ». Aussi, si partisans que nous puissions être en principe des théories de Ad. Schmidt, gardons-nous de priver complètement nos malades de légumes, de fruits ; de leur interdire surtout les cures de raisin, de fraises, qui leur seront si salutaires et qui leur conviennent si bien.

Toutefois, ceci admis, nous n'avons aucune répugnance, loin de là, à substituer aux laxatifs et aux purgatifs d'antan, à toute l'hydraulique intra-intestinale de nos devanciers, le mode de purgation neuf, rationnel, tel qu'il a été institué par Ad. Schmidt lui-même. Le procédé, nul ne l'ignore, a pour base l'emploi de la gélose ou agar-agar, algue gélatineuse comme le *fucus crispus*, laquelle donne avec l'eau une gelée incolore, insipide. Longtemps utilisée par les médecins pour les seules études bactériologiques, elle s'est un jour révélée médicament de premier ordre. L'agar-agar possède, en effet, la propriété de travers-

le tube digestif, sans y être digéré, donc absorbé, mais en se chargeant d'eau au passage. Cette hydration qui le fait gonfler, augmenter son propre volnme et le volnme des fèces auxquelles il se mêle, rend cellesci molles, glissantes, mncilagineuses, toutes conditions capables de mettre mécaniquement en jeu la contractilité de l'intestin. Quand on associait la gélose à une substance cholagogue comme la *cascara*, on réalisait, ainsi que l'a dit Martinet, le « laxatif idéal physiologique ».

Aussi, tout d'abord, et suivant le conseil de Schmidt, les médecins employèrent-ils la gélose associée à 20 et 25 pour 100 de cascara ! Dose énorme, bien capable d'amener à elle seule un effet laxatif. Dans ces conditions, comment discerner les bons effets de l'algue ? On le comprit si bien en France qu'on en revint de suite à l'usage de l'agar-agar pur, d'un fucus de choix admirablement asséché, que le Dr A. Mathieu et ses élèves prescrivaient sous la forme de cachets et de paillettes. Chez les constipés ordinaires, ou bien lorsqu'on se trouvait en présence de personnes à intestin irrité par l'abus ou l'usage intempestif de purgatifs ordinaires, le remède faisait merveille. Il agissait alors comme l'eût fait un pansement véritable à l'égard de la muqueuse endolorie, en même temps qu'il permettait le repos complet de l'intestin malade.

Mais, il faut le reconnaître, tel quel il était toujours insuffisant dans bien des cas où il eût fallu mettre en jeu la sécrétion biliaire, parce qu'il ne possédait pas dans sa constitution, les éléments indispensables à cet effet. Et cela donna d'abord l'idée d'incorporer à la gélose des extraits de rhamnées, *cascara*, *rhamnus frangulosa*, etc..., cette fois à doses raisonnables. On obtenait, dès lors, une combinaison qui jouissait de la propriété de faire fonctionner l'intestin sans la moindre irritation de l'organe. Aussi fut-il bientôt donné, à tous les praticiens français qui l'expérimentèrent : Mathien, P. Carnot, Martinet, P. Legendre, etc., de reconnaître que les préparations d'agar-agar ainsi réalisées en granules, en paillettes, en comprimés « amenaient en effet, en quelques jours, quatre à sept en moyenne, la régularisation des garde-robes, se traduisant par des selles quotidiennes, volumineuses, molles..., se produisant sans coliques, et sans aucuns troubles ; tous les observateurs sont d'accord sur ce point, » (Ad. Martinet), comme ils sont d'accord sur l'innocuité du produit, sur le fait qu'il n'y a aucune accoutumance, comme le fait a lieu avec des laxatifs, « ce qui permet d'user du médicament pendant longtemps » (P. Carnot). Depuis, on en a encore perfectionné les préparations à hase de gélose destinées à remplacer de plus en plus les purgatifs. Ce qui explique amplement le succès sans précédent du jubol, auquel il faut toujours revenir, lorsqu'il s'agit de préciser sous quelle forme pharmaceutique la médication par l'agar-agar doit être réalisée de la meilleure façon possible, car sa fabrication a su mettre à profit toutes les tentatives antérieures.

Le jubol possède en effet, au summum, toutes les qualités énoncées ci-dessus ; bien plus, il fait mieux encore. Formant dans l'intestin une masse spongieuse relativement considérable par l'absorption de 16 fois son volume d'eau, il restitue à l'organisme, grâce aux extraits biliaires et aux extraits totaux de toutes les glandes intestinales qu'il contient, les sécrétions qui lui font défaut, et à la muqueuse l'excitabilité motrice qui lui manque. Le jubol mérite donc véritablement le nom de *Rééducateur de l'intestin*, qui lui fut donné par le Dr Frenkel, lorsqu'il le présenta en 1909 à l'Académie des sciences, en même temps que le Dr Thibonneau appelait, sur de nombreuses observations recueillies, l'attention de l'Académie de médecine. Il suffit au malade d'avaler chaque soir sans les croquer, de un à trois comprimés de jubol pendant quelques semaines, pour se débarrasser rapidement de toute constipation. Pour un hémorroïdaire la chose n'a pas de prix ! D'ailleurs, les hémorroïdes sont à ce point une affection fréquente, que parmi les médecins qui liront ces lignes, il n'en est pas un seul qui ne soit à même de vérifier par lui-même et maintes fois, chez ses malades, l'exactitude de ce qui précède. Combien d'ailleurs, parmi nos confrères ayant la mauvaise fortune d'avoir sur la question hémorroïde une expérience absolument *personnelle*, bien faite pour confirmer à ce point de vue leur opinion scientifique, ont voué au juhol un culte qu'était seul capable d'expliquer une reconnaissance sans bornes, au médicament héroïque qui leur avait rendu la santé ?

La Méthode
DE
l'Exercice physiologique de respiration
ET LES
différentes variétés de Gymnastique respiratoire

par Georges ROSENTHAL
Docteur ès sciences, ex-chef de Clinique à la Faculté de Paris, Président de la Société de Kinésithérapie

La méthode de l'exercice physiologique de respiration est la systématisation médicale de la gymnastique respiratoire. Elle mérite le nom de méthode, car elle est un tout scientifique reposant sur des règles précises ; elle doit englober en elle tous les petits procédés sans cesse présentés par différents auteurs, procédés qui sont des manœuvres intéressantes, incapables d'être érigés en Méthode d'Ensemhle.

La méthode de l'exercice physiologique de respiration (1) exige tout d'abord un examen médical basé sur la mensuration, l'auscultation et au besoin la radioscopie pour déterminer la progression à suivre; elle renvoie les obstrués du nez et du rhinopharynx aux médecins spécialistes, et indique des formules spéciales pour les asthmatiques, les convalescents, les tuberculeux, etc...

La manœuvre essentielle est une respiration physiologique, c'est-à-dire une respiration exclusivement nasale, suffisante, complète, rythmée. L'expiration sera nasale comme l'inspiration pour faciliter l'automatisme fonctionnel; les épreuves de spirométrie, la mensuration au centimètre symétrique de l'auteur, les indices thoraciques, la section du Prof. Maurel, les thoracomètres, etc..., vérifieront la quantité d'air utilisé et sa pénétration dans les différents lobes du poumon. La radioscopie permet d'étudier le diaphragme.

Il ne saurait plus être question de gavage d'oxygène — il faut respirer selon les lois naturelles, ni plus, ni moins — Mais si la respiration physiologique volontaire est le pivot de la méthode, on doit lui adjoindre toute technique, tout procédé qui directement ou indirectement peut contribuer à accroître le jeu du thorax et le fonctionnement normal de l'appareil respiratoire. Il faut citer la gymnastique de la paroi abdominale antérieure préconisée spécialement par Muller, dans «Mon Système» comme par Glénard, Thooris, Daussat, etc... La résistance au froid, l'entraînement au contact de l'air, toute l'hygiène de la peau par l'air, la friction sèche, l'hydrothérapie sont à utiliser. La respiration provoquée peut être utilisée, à condition qu'on ne provoque l'exagération de la respiration par l'exercice physique que chez des sujets *respiratoirement résistants*, c'est-à-dire capables d'atteindre un chiffre normal en dix épreuves de spirométrie prises à quelques secondes d'intervalle. Les épreuves de résistance se font aussi bien pour l'air courant que pour la capacité vitale.

La méthode de l'exercice physiologique de respiration procède par cures composées de leçons. Les leçons sont données par le médecin 3 à 4 fois par semaine ; elles se composent de respirations physiologiques faites dans les attitudes fondamentales ou accompagnées de mouvements lents puis actifs. Le contrôle médical est permanent. L'obtention d'un mécanisme normal est le but à atteindre.

L'espacement des leçons est réglé par l'accoutumance aux habitudes données.

Les divers procédés simplifiés, préconisés récemment par quelques auteurs ne sauraient dispenser des examens médicaux de début, ou de fin de cure. Ils ne sauraient se sonstraire à la nécessité de régler physiologiquement le mécanisme pulmonaire. Si intéressant qu'ils soient, ils doivent donc s'englober dans la méthode générale.

La respiration rythmée pendant la marche s'utilise contre l'essoufflement (Manquat), comme depuis longtemps Oertel l'avait préconisé. *La gymnastique de la paroi abdominale* antérieure favorise le jeu si important du diaphragme. La *Mécanothérapie* est d'un précieux secours pour les obèses et pour les sujets qui ont besoin de séances longues et de mouvements absolument identiques : le malade placé sur la machine bénéficiera de la surveillance médicale et ne sera pas abandonné à un automatisme inconscient.

Il ne faut pas vouloir ramener la gymnastique respiratoire à l'exécution de quelques manœuvres toujours identiques, bien qu'un sujet déterminé puisse en tirer grand profit.

Dans le chant, on se contentera de manœuvres simples, de façon à éviter aux chanteurs en dehors de leur art la prolongation professionnelle de l'expiration et de la gloutonnerie de leur inspiration brusque et rapide. Dirigée par le médecin pendant la période de correction des fautes physiologiques la leçon au stade d'entretien peut être faite par le sujet seul ou avec l'aide d'un moniteur. La méthode de l'exercice physiologique, de respiration a pour but le développement et la sauvegarde de la fonction respiratoire; elle ne saurait en aucune façon se substituer aux méthodes complètes d'éducation physique, qui ont à se préoccuper de la souplesse articulaire, de la force musculaire, du développement du sang-froid etc... Au cours de l'entraînement physique à quelque stade que ce soit, il faudra toujours par 20 à 40 respirations physiologiques entretenir le mécanisme physiologique de la respiration.

(1) L'exercice physiologique de la respiration (Alcan, 1912).

Le Caractère par les traits du visage

Un confrère de Chicago vient de formuler des remarques très importantes sur le visage des gens :

Les joues charnues, affirme-t-il, sont l'indice de la sensualité ; il y a absence de jovialité quand elles sont maigres et rétrécies ; un menton rond, pourvu d'une fossette, annonce une grande bonté ; un petit menton, la timidité ; un menton plat, la froideur et la sécheresse de tempérament ; un menton pointu serait le signe de la ruse.

Aux timides, les longues dents ; aux gens d'esprit les petites.

Et maintenant, regardez-vous dans la glace.

QUELQUES TYPES D'EXCENTRIQUES (1)

Par le Docteur CABANÈS

(Suite et Fin)

III

« Il ne faudrait rien moins que le crayon de Cruyskaëns ou de Goya, pour graver dans la mémoire de nos neveux pareille figure. » Ainsi s'exprime Roger de Beauvoir, avant d'entreprendre le portrait d'un « soupeur » de son temps, Monsieur ou, pour mieux dire, le baron de SAINT-CRICQ.

Ce monomane, dont les excentricités divertirent si fort la société de son temps, avait commencé par se singulariser en laissant croître sa barbe : ne pas avoir le menton rasé en l'an de grâce 1829, passait pour une singularité! Encore s'en fût-il tenu là, nous n'aurions pas eu, pour si peu, à étudier son *cas* ; mais, hélas ! il eut bien d'autres bizarreries à son actif.

En possession d'une assez jolie fortune, et d'un nom honoré autant qu'honorable, le baron de Saint-Cricq fit, pendant plusieurs années, le désespoir de sa famille et la joie des Parisiens. Il ne se plaisait pas seulement à porter la barbe hirsute, un chapeau hors de mode et usagé, d'où s'échappaient deux mèches, d'une teinte indécise gris sale, s'il faut en nommer à tout prix la couleur; mais, pour dissimuler une chemise sans col, il se revêtait d'un double carrick à trois collets, retenus par une énorme agrafe d'argent : c'est dans ce costume qu'il fréquentait les milieux élégants, tenant ses assises tantôt au café Tortoni, tantôt au Café Anglais, que le pic des démolisseurs vient de jeter à bas.

Les soirs d'été, notre gentillhomme aimait s'asseoir à la terrasse de Tortoni, pour y savourer des glaces, mais il avait une manière à lui de les prendre. Il en commandait deux : l'une à la vanille, l'autre à la fraise ; on les lui apportait ; alors il se déchaussait, gravement, puis il se versait la glace à la vanille dans la botte droite, celle à la fraise dans la botte gauche. Si, par distraction, il se trompait, il rappelait le garçon, pour avoir deux autres glaces, et, jusqu'à l'arrivée du « serveur », il répétait, afin d'éviter une nouvelle erreur : GLACE A LA VANILLE, *botte droite*; GLACE A LA FRAISE, *botte gauche !*

Certain jour, il était au Café de Paris, attablé seul et jouant du cure-dent avec frénésie. Il avait devant lui un vaste saladier, rempli de mâche et de betteraves, qu'il retournait avec une ardeur fébrile. Tout à coup, on le vit tirer de l'une de ses poches une large tabatière ; il en vida le contenu, de l'air le plus tranquille du monde, dans la salade, qu'il remua de nouveau, puis il se versa à boire un verre de Château-Laroze.

Une autre fois, étant dans le même établissement, il demande une tasse de café noir et, après quelques secondes d'aparté, « tout ce qu'il faut pour écrire ». En présence des témoins ahuris de son acte extravagant, il répandit dans son breuvage l'encre, la poudre, les pains à cacheter qu'on venait de lui apporter. On eut beaucoup de peine à lui persuader que son café s'était refroidi, pour avoir un prétexte à le lui changer.

Parfois, il lui arrivait d'assaisonner la salade avec son chocolat, en guise d'huile et de vinaigre, non sans manquer de mêler à chaque cuillerée une pincée de sel et une de poivre. Cette cuisine n'était pas sans surprendre les consommateurs ; encore la plupart, les habitués, ne s'en émouvaient plus ; quant au restaurateur, il avait toutes les indulgences, son client étant de ceux qui ne boudaient pas à s'acquitter, royalement du reste.

Comme il avait toutes les fantaisies, et que la plupart étaient assez coûteuses, on devine le parti qu'en pouvait tirer un commerçant avisé. Quand Saint-Cricq se faisait, par exemple, servir des fraises au mois de janvier, des crêtes de coqs, entourées de tranches d'ananas ou de pissenlits, ou qu'il exigeait un filet aux olives et des beignets de pêches, on avait déjà quelque mal à satisfaire son caprice ; mais il lui passait par la tête des idées bien autrement singulières.

Un soir où lui on avait servi, à dîner, un morceau de viande assez racorni, il se fait apporter l'huile d'olives. « C'est pour attendrir sa viande », pense le garçon ; mais ô stupeur ! il voit son client se déshabiller et s'oindre successivement tous les membres, à la manière des lutteurs antiques. « Il faut bien, s'écrie le maniaque, me préparer à attaquer un morceau d'une telle résistance ! »

Roger de Beauvoir a conté une autre scène dont il fut le témoin et dont Saint-Cricq était encore le héros.

Celui-ci, étant au restaurant, réclame son pot de cold-cream ! Le garçon revient bientôt avec le cold-cream demandé. Alors l'étrange convive ôte son chapeau et... se barbouille littéralement le visage de cette crème ; après quoi, il ouvre sa tabatière et se saupondre la figure avec le tabac, comme il aurait fait avec de la poudre de riz ! « Ce masque nouveau, écrit le narrateur de la scène, lui donnait la plus grotesque expression qui se pût voir : il ressemblait à l'un de ces clowns au visage peinturluré, dont Boswell restera le meilleur type. » Comme son voisin de table s'étonnait qu'il eût recours à un pareil maquillage : « C'est pour mes maux de tête, lui répondit Saint-Cricq, de l'air le plus naturel ; n'y faites pas attention ! J'y ajoute quelquefois du vin de Condrieux ou de Canarie, pour raffermir les chairs. Mon docteur n'y voit aucun mal... En usez-vous ? »

Ces excentricités, dans lesquelles entrait une bonne part de mystification, avait rendu le baron célèbre dans tout Paris. En toutes circonstances, il conservait pour la canaille un dédain qui trahissait ses goûts aristocratiques : grand seigneur il était né, grand seigneur il voulait rester. D'instinct, il haïssait la foule et, nouveau Diogène, il se plaisait à l'injurier, du haut du balcon formant l'angle du Café Anglais : il avait lui-même baptisé ce coin, sa « tribune aux harangues ».

En dehors du café, il avait deux arènes privilégiées : le théâtre et la rue. Il partageait ses soirées entre le Français et la Porte-Saint-Martin, alors dirigée par Harel et où jouait Frédérick-Lemaître. Installé seul, dans une loge, Saint-Cricq interpellait les acteurs, sans souci des protestations des spectateurs. Ainsi priait-il Frédérick, dans le rôle de Robert Macaire, de lui rouler une cigarette ; puis, tout-à-coup, il lui lançait à toute volée : « Comme il fait froid dans votre boîte ! » Un froid de Sibérie régnait, en effet, dans la salle : c'était en février ; les musiciens de l'orchestre soufflaient dans leurs doigts , que fait Saint-Cricq ? Il sort et revient bientôt suivi d'un garçon de café, soutenant sur son plateau un punch monstre, qu'il ordonne de faire circuler à l'orchestre, pendant que les artistes poursuivent leur rôle, comme si de rien n'était. Les « réchauffés » lui firent une ovation.

Mais un soir, dans ce même théâtre, il donna lieu à un véritable scandale : c'était à l'époque de la mort mystérieuse du prince de Condé, trouvé pendu à une espagnolette, à Saint-Leu, et que d'aucuns disaient s'être suicidé, alors que d'autres en tenaient pour l'assassinat. Madame de Feuchères, qu'on accusait de ce crime, venait de pénétrer dans une loge. M. de Saint-Cricq, qui était au balcon, s'écrie en l'apercevant : « Elle a du sang sur sa robe! elle a tué le malheureux prince! » Devenue le point de mire de toute la salle, celle qui était interpellée aussi directement, prit l'unique parti qu'il y avait à prendre ; elle s'évanouit ! Quand elle eut repris ses sens, elle jugea prudent de s'esquiver, tandis que le baron ne paraissait pas autrement ému de l'esclandre qu'il avait provoqué.

Quand il n'opérait pas chez Harel, l'incorrigible plaisantin tenait ses assises chez Molière. Fervent abonné du Français, il n'en manquait pas une représentation. Quand on jouait du classique, il n'était pas auditeur plus attentif : il écoutait religieusement, sans donner d'autres marques d'excentricité qu'un enthousiasme peut-être excessif, ou des exclamations assez inattendues. De la stalle, durant la représentation, il interpellait l'artiste en scène : « Très bien, Michelot, j'irai te prendre à la sortie! » Mademoiselle Mars paraissait-elle : « Cette petite Mars, disait-il à voix haute, elle est pourtant la fille du vieux Monvel ! Elle a reçu, en naissant, le nom d'Hippolyte, n'est-ce pas vrai, lui criait-il, que ton prénom, c'est Hippolyte ? »

Différente était son attitude, si le nom de Scribe était sur l'affiche. Donnait-on la *Camaraderie* ou le *Verre d'eau*, le baron se faisait ouvrir la première loge de face qui fût vide et là s'étalait de façon que ses deux pieds prissent leur point d'appui sur le pourtour de la loge. Si le public protestait contre cette inconvenance, il répondait que la littérature de M. Scribe était au plus bonne pour ses bottes !

Étant au Français, un soir de première, il déchaîna un effroyable tumulte. On jouait une pièce d'Empis, qui devait être un jour de l'Académie, mais n'était alors qu'aspirant-immortel.

Au début, tout se passa convenablement ; l'administration n'était cependant pas sans inquiétude, car Saint-Cricq avait loué une loge d'avant-scène et un coup de tête était toujours à craindre.

Vers la fin du troisième acte, on entend comme un brouhaha dans la salle ; tous les yeux sont tournés vers un monsieur dont le corps est penché hors de sa loge, et qui, criant, gesticulant, prétend imposer silence aux acteurs décontenancés. Au milieu du bruit on perçoit ces mots : « Je veux parler, laissez-moi parler ! » — A la porte ! qu'il parle ! — Les interjections se croisent, parties des deux camps adverses. Enfin que c'était lui!... Saint-Cricq — vous l'aviez deviné, — parvient à prononcer, à haute et intelligible voix, cette phrase : « Je demande trente mille francs pour l'auteur ! »— Mais pourquoi ? pourquoi ? » On s'attend à une réclame pour quelques produits, à moins que ce ne soit un compère qui continue la pièce dans la salle. Mais Saint-Cricq s'explique : « Quand il aura trente mille francs, cet auteur nous fera grâce de ses mauvaises pièces. » Sur quoi, les uns partent d'un éclat de rire, tandis que les clameurs se font entendre plus fortes sur un autre point. Enfin, la garde survient, le baron doit aller s'expliquer au poste; il n'obtient sa liberté qu'à la condition qu'il ne remettra pas les pieds au théâtre de toute la soirée. Il s'y engage, mais cherche dès ce moment comment il se vengera de ceux qui ont réclamé son expulsion.

Ce soir-là il pleut à torrents, on patauge dans les flaques d'eau ; il y a une station de fiacres sur la place du Palais-Royal. Saint-Cricq, que tous les cochers connaissent, s'adresse à l'un d'eux : « Il y a une noce à prendre au *Cadran Bleu* ; vous et vos camarades, voulez-vous m'y accompagner ? » Et, devant les automédons attentifs à son discours, il agite un beau billet de mille. L'argument est irrésistible, il produit l'effet attendu. Saint-Cricq rit dans sa barbe, à l'idée de la tête que vont faire les bourgeois et mesdames leurs épouses, cherchant vainement, à la sortie du spectacle, une voiture pour rentrer chez eux.

Le tour est joli, mais ce n'est pas tout à fait de la sorte que les choses se seraient passées, suivant un autre narrateur. Saint-Cricq aurait simplement parié que, par une soirée de pluie, il priverait de voitures tous les spectateurs sortant, sans équipages à eux, du Théâtre-Français. Il avait parié, de plus, que, le même soir, tous les soupeurs du Café de Paris ne boiraient pas une goutte d'eau.

Le soir convenu, tous les véhicules des stations situées aux alentours du théâtre étaient retenus. Cependant, à un signal, les fiacres vides s'ébranlent, prennent la direction du boulevard des Italiens et venaient, à la file, se ranger devant le café précité.

En tête du convoi, on remarquait un fiacre de couleur jaune, d'où l'on voit descendre triomphalement qui ? Saint-Cricq ! Saint-Cricq en personne qui, se plaçant sur le seuil du café, frappe trois fois dans ses mains : au mot de *Partez !* les fiacres roulent avec un bruit de tonnerre, dans toutes les directions.

Mais le pari n'était gagné qu'à moitié. Attendez la suite.

Saint-Cricq pénètre dans le salon du Café de Paris, où sont attablés une vingtaine de soupeurs. Tous ont les yeux sur le joyeux compère, flairant quelque bon tour. Leur attente n'est pas déçue. Saint-Cricq s'assied et demande... une carafe d'eau ! Puis, il sort un microscope portatif et, après avoir mis une goutte de liquide sur l'objectif : « Madame, dit-il, s'adressant à la dame du comptoir, il est impossible de boire cette eau... Voyez vous-même ! » La dame risque un œil et pousse un cri d'effroi ; chacun se précipite, pour voir, les multiples animacules qui s'agitent dans le milieu aquatique. Ce soir-là, personne ne voulut d'eau et Saint-Cricq triomphait sur toute la ligne!

(1) Article inédit. Reproduction interdite à tout journal non abonné la Société des Gens de lettre. — Voir la *Gazette médicale de Paris*, n° 196, p. 134

Une de ses bonnes farces fut celle, fréquemment renouvelée depuis, de la baignoire.

Le baron se présente aux bains Chinois et demande qu'on lui apporte un bain à son domicile, à jour et heure déterminés ; il fait la même commande dans tous les établissements de bains qu'il rencontre sur sa route. Le moment venu, sans avoir prévenu aucun de ses domestiques, il s'enferme dans sa chambre et, tapi derrière une persienne, il attend.

La première baignoire apparaît dans la cour : un bain pour M. de Saint Cricq ! » le concierge laisse monter; une seconde suit. Le bon pipelet proteste qu'il y a équivoque, que Monsieur est servi et il engage le porteur d'eau à se retirer. Mais en voici un troisième, suivi d'un quatrième, puis d'un cinquième... Pour le coup, c'est un complot ! La cour est pleine de voitures, qui ont peine à manœuvrer dans un si court espace. Les hommes s'injurient, en viennent aux mains; tandis que le mystificateur se félicite, derrière ses volets, du succès de son idée. Il convient d'ajouter que chacun reçoit un dédommagement, et que tous se retirent en bénissant l'auteur de la mystification.

Son mépris pour le peuple n'empêchait pas notre baron de le faire bénéficier de ses générosités, mais il n'aimait pas qu'on lui résistât et voulait toujours avoir le dernier mot.

Un jour, il arrive de très bonne heure aux bains Chinois ; il trouve son fidèle Mangin — le garçon habitué à son service — épongeant déjà ses baignoires et astiquant les cuivres avec zèle et énergie.

« Quittez votre besogne, lui dit-il d'un ton impérieux, et allez me chercher mon déjeuner! »

— Que désire M. le baron ?» — Je veux vingt-cinq rognons .— Vingt-cinq ? — Pas un de plus, pas un de moins ; mais je les désire *crus*... Allez, je vous donne une heure. »

Mangin revient au bout de trois quart d'heure, suant par tous les pores. Il a dévalisé tous les bouchers du quartier et exhibe, avec un air non déguisé de satisfaction, les vingt-cinq rognons. Saint-Cricq, prenant alors une paire de ciseaux, divise les vingt-cinq rognons en une infinité de morceaux.

« A nous deux maintenant ; tu vas prendre l'ouvrage de M. de Vaulabelle sur la bataille de Waterloo, tu l'ouvriras à la page que je te désignerai. Attention, Mangin ! nous rentrons à Mont-Saint-Jean, le 18 juin 1815 ; nous occupons en ce moment-ci les yeux de l'Europe. Les ailes des deux armées s'étendent à gauche des deux routes de Genappe et de Nivelles; d'Erlon faisant face à Picton, Reille faisant face à Hill... L'armée anglaise est en haut, la nôtre est en bas. » Disant ainsi et s'échauffant à son propre récit, Saint-Cricq continue, en poussant de la main une colonne de rognons, qui flottent sur l'eau de son bain comme autant de bouchons de liège. Sa voix s'anime, il poursuit le cours de ses démonstrations stratégiques.

— « Sans la catastrophe du chemin d'Onain, sans Marcoguet balayé et Lobean pris en écharpe, nous pouvions sortir de là ; mais patatras ! quel carnage ! Mangin, ma baignoire n'a plus de l'eau, mais du sang. Courage, mes amis, courage, faites-vous tuer ou suivez Ney ! » Et Saint-Cricq, sur cet échiquier nouveau, sans s'inquiéter des éclaboussures qu'il lance à Mangin, fait une charge sur les Prussiens et les Anglais.

Mangin déplore tant de rognons perdus ; au moins, sera-t-il mieux à même, à l'avenir, de suivre les explications du baron, quand celui-ci lui fera sa quotidienne leçon, sur la bataille qui mit un terme aux exploits de Napoléon. Son ignorance serait désormais sans excuse.

Mais nous n'en avons pas fini avec les *exploits* de M. de Saint-Cricq, ceux qu'il a commis et ceux, plus nombreux, peut-être, qu'on lui a prêtés — on ne prête qu'aux riches, — nous en avons dit assez, toutefois, pour camper le personnage.

On ne sera pas surpris, après ce qu'on vient de lire, que Saint-Cricq ait fini par où il devait fatalement finir : ses penchants excentriques se développèrent à un tel point, qu'un membre de sa famille résolut de faire enfermer le baron dans une maison de santé, une maison commode, d'ailleurs, d'où l'on pouvait librement sortir.

Il y avait cependant des réglements à observer. M. de Saint-Cricq ne pouvait plus, comme jadis, noctambuler ; il lui fallut manger à heures fixes et ces contraintes n'allaient pas à son humeur vagabonde. Habitué au grand air, à la vie libre, il s'étiola progressivement et, après deux ans de cette demi-séquestration, il prit congé de ce monde. « Ce jour-là, dit un de ses biographes (1), un éclat de rire méphistophélique courut Paris ; c'était son dernier adieu à une société pour laquelle il avait toujours professé le dédain le plus absolu. »

Etait-ce un fou, dans le sens qu'à ce terme nous, médecins, y attachons ? N'était-ce pas, plutôt, un philosophe — et dans un philosophe, n'y-a-t-il pas toujours, ou presque toujours, un sage ?

IV

Après les personnages de premier plan, les comparses. S'ils ne méritent pas une statue en pied ou un buste, ils ont droit au moins à un médaillon ; ne le leur marchandons pas.

Pendant de longues années, on put voir, à la terrasse de Tortini, attirant les regards par sa mise étrange, un petit vieillard robuste, haut en couleur, à barbe blanche très courte, accoutré d'étrange façon : il portait de grands anneaux d'or aux oreilles, un chapeau de toile cirée, comme en ont les matelots, un col blanc rabattu sur une cravate à la Colin, passée dans un anneau, un maillot à raies bleues; son pantalon, fond blanc à larges raies bleues verticales, était enfermé dans des bottes à la Souvaroff, ornées de glands. Deux fois par jour, le bizarre personnage, les deux mains appuyées sur la pomme d'une grosse canne, savourait le moka devant le perron de Tortoni.

On ne le connaissait que sous le nom de Léonard, ou LÉONARD DE LA TUILERIE. Il avait été, racontait-on, élève de Polytechnique, de 1812 à 1814, puis apothicaire à Paris, 5, rue Sainte-Anne, enfin trombone dans la 10e légion de la garde nationale. Se reposait-il de la pharmacie par la musique, ou jouait-il pour son plaisir, de cet instrument peu harmonieux ? Toujours est-il qu'il avait publié une *méthode préparatoire de trombone*, dont il ne se montrait pas peu vain.

Vers 1850, Léonard imagina un nouveau mode de jouer du trombone, qui n'était pas dépourvu d'originalité: il recommandait de se mettre, nu jusqu'à la ceinture, dans une baignoire et, une fois dans l'eau jusqu'au poitrail, de souffler énergiquement. Il prétendait que, par ce moyen, les ondes sonores du liquide, beaucoup plus sensibles que celles de l'air, enflaient le son et doublaient l'effet produit. Il voulut faire ses expériences dans la Seine et on eut beaucoup de peine à le détourner de ce projet. N'ayant pu réussir à exécuter son solo de trombone en pleine eau, il fit tirer et distribuer à profusion un prospectus, énumérant toutes ses œuvres musicales. Le bureau de vente était son domicile personnel.

Bientôt on y afflua, pour voir de près un pareil original. « La porte était ouverte par un quidam, revêtu d'une longue robe noire, couverte d'étoiles et de soleils, et coiffé d'un immense chapeau pointu, illustré de constellations, tel qu'en portent les magiciens en plein vent. Ce quidam était Léonard. Le désordre était au comble dans l'appartement. On s'asseyait partout sur des trombones : trombones à clefs, modèles de trombones en bois ; des paquets de musique encombraient les sièges. »

Comment lui était venue sa monomanie ? On a prétendu qu'il avait perdu, vers 1844, deux fils, qui avaient mystérieusement disparu, au cours d'un voyage en Suisse : ils avaient été, disait-on, assassinés aux environs du Grimsel. Le professeur Chatin père, l'ancien directeur de l'Ecole de Pharmacie, dont beaucoup de mes camarades d'Ecole ont conservé un peu aimable souvenir, avait remarqué, à ses excursions botaniques, les deux jeunes gens, qui étaient « arrière-petit-fils de Houël, le fondateur de l'ancien Collège de pharmacie ».

Après la disparition de ses enfants, Léonard devint de plus en plus morose et s'adonna avec passion à son instrument favori. On présume qu'il est mort, — mort de chagrin — vers 1851.

Comme pharmacien, on doit à Léonard de la Tuilerie l'invention du *sel de Guindre*, purgatif qui eut son heure de vogue.

(1) DE BEAUVOIR, *Les soupeurs de mon temps*; YRIARTE, *Les Célébrités de la rue*; Lorédan LARCHEY, *Gens singuliers*, etc...

V

On nous permettra de réserver une place, si petite soit-elle, dans notre galerie, à quelques autres personnages de moindre envergure que les précédents et qui, à défaut de peinture, valent bien un coup de crayon.

Nicolas CIRIER, qu'on a surnommé l'ennemi de Voltaire et... du baron Brisse, élevé dans le culte de Jeanne d'Arc, ne pardonnait pas au premier d'avoir écrit la *Pucelle* et en voulait au second de ce qu'il encombrait les journaux de sa prose culinaire, alors que la bonne sœur Rosalie, quelque peu sa parente, se désolait à la pensée de tant de malheureux affamés qu'elle ne pouvait soulager.

Mais c'est surtout le rictus sardonique de Voltaire qui mettait Nicolas Cirier hors de ses gonds. C'est en l'honneur de celui-ci, qu'il composa cette fameuse pancarte, de deux mètres de long sur un mètre de large, qui fit courir tout Paris dans les bureaux, d'ordinaire, si calmes du *Journal des Villes et des Campagnes*.

Au centre de la pancarte — un chef-d'œuvre de patience et d'ingéniosité — Cirier avait admirablement dessiné un orang-outang, qui avait les traits de Voltaire. Tout autour, il avait imprimé — il était ouvrier typographe de son métier — en caractères multicolores, toutes les invectives qu'il avait pu recueillir, dans ses lectures, contre celui qui voulait « écraser l'infâme ». Au bas de la pancarte, en grosses lettres, s'étalait cette devise, qu'on attribue à un voltairien de marque, Edmond Texier : *Son châtiment est d'être devenu le dieu des imbéciles.*

Cirier mourut, âgé de 80 ans, à l'imprimerie Noblet, alors rue Soufflot, et qui fut transportée plus tard rue Cujas, où nous l'avons encore connue.

VI

Un autre type, dans son genre, ce Pierre-Paul POULALION, que tous les étudiants, de 1867 à 1870, ont pu approcher. C'était, nous dit son historiographe, « un petit vieux, qui portait des cheveux à la Garnier-Pagès et des lunettes, comme M. Darimon. Il ne marchait pas, il tressautait ou plutôt il s'avançait à cloche-pied... Quelque temps qu'il fit, Poulalion n'allait jamais sans son parapluie de cotonnade rouge et un immense cartable. Le parapluie avait appartenu à sa seconde femme, une gourgandine plus que mûre, qui courait encore la prétentaine dans les villes du midi. Le cartable renfermait les œuvres du poète et la collection de son journal. »

Car il avait *son* journal, le *Poète boîteux*, revue littéraire, scientifique et lyrique, qu'il vendait lui-même dans les caboulots de la rue Monsieur-le-Prince et du boulevard Saint-Michel.

Poulalion rôdait de table en table et, comme les aveugles, déposait une feuille sur chacune d'elles. Si vous aviez le malheur d'entamer avec lui la conversation, vous aviez à la subir pendant trois ou quatre heures et l'entretien se terminait invariablement par un appel à la bourse : « Monsieur, le *Poète boîteux*, c'est dix centimes, s'il vous plait ! »

Poulalion disparut, quand éclata la Commune. Les fous pacifiques et doux durent céder la place aux fous furieux et criminels. La société ne s'en porta pas mieux, au contraire !

VII et VIII

Pour terminer, évoquons deux originaux, qui ont fait moins parler d'eux, peut-être, que ceux qui précèdent, bien qu'ils fussent, l'un et l'autre, plus notoires.

L'auteur des tragédies de *Jane Grey* et de *Ninus II* avait été lancé dans le monde par une grande dame inconnue. Sorti à 12 ans de l'échoppe d'un tonnelier, Charles BRIFAUT fut élevé sur les genoux des duchesses du faubourg Saint-Germain. Il passa sa vie à leur adresser madrigaux et poulets — et à leur montrer les pierres extraites de sa vessie par les chirurgiens ! Il en avait, sur la cheminée, toute une collection, par ordre de date et de grosseur.

Il craignait tellement les courants d'air, que la première chose qu'il faisait, en entrant chez un ami, était de prendre des pains à cacheter, de couper des bandes de papier blanc et de les coller sur les joints des portes et les trous des serrures ; puis, il tirait un bonnet fourré de sa poche, se

l'enfonçait jusqu'aux oreilles et se noyait dans une bergère, en allongeant les pieds sur les chenêts (1).

Charles Brifaut devint membre de l'Académie française !

Quant au dernier, que nous tenons à vous présenter, le prince russe PONTIAKINE, c'est au chevalier de Cussy (2) que nous devons d'avoir fait sa connaissance.

Le prince possédait, aux environs de Dresde, une maison de campagne, qui était un assemblage de toutes les bizarreries; ainsi, au milieu des jardins, on rencontrait de nombreuses cheminées, où l'on allumait de grands feux en automne et dans les jours trop frais du printemps.

Pendant la canicule, ce petit vieillard de 60 ans, qui en paraissait 75, portait, contre la dent des chiens enragés, des bottes de fer-blanc et, contre le mauvais air, des éponges humectées de vinaigre, dans son jabot et sa cravate.

Ses gilets étaient composés de deux pièces absolument distinctes : le devant et le dos, réunis sur les épaules et sur les côtés par des boutons. Il en portait toujours quatre ou cinq, superposés, de sorte que, selon la température, grâce à son système de boutons, il pouvait retirer ou ajouter un certain nombre de gilets, sans avoir à quitter son habit.

Par la pluie, il marchait abrité sous un parapluie « garni d'un bord d'un pied et demi, descendant verticalement jusqu'à hauteur des hanches et, sur le pourtour de cette cloison circulaire d'étoffe, étaient percées de petites fenêtres ».

Mais l'invention dont il était le plus fier était l'appareil qu'il s'était fait installer, pour des «bains d'air d'été ».

Au centre d'une grande pièce, était suspendue une cage, assez vaste pour contenir un sopha et une table. Toutes les portes et les fenêtres de la pièce étaient ouvertes ; leur élévation était calculée de telle sorte que la cage les dominât de deux à trois pieds, afin que celui qui s'y enfermait ne fût pas dans un courant d'air!

Le prince se mettait tout nu dans cette cage; et, comme il était persuadé qu'on ne s'enrhumait que par les articulations et par le front, il enduisait le dessus des pieds, les genoux et les coudes, circulairement, ainsi que les poignets, et le front jusqu'à la pointe du nez, d'une pommade qu'il saupoudrait ensuite d'amidon.

A la ville, où il n'avait pas cette installation, pour « bains d'air en cage », il se contentait de faire, à une allure accélérée, les cent pas à travers ses appartements, bien aérés, en costume d'Adam!

A tout prendre, le prince Poutiakine n'était pas un fou, pas même un demi-fou, : c'était un précurseur.

(1) *Musée des familles*, 1856-1857.
(2) *Souvenirs*, par le comte Marc de GERMINY, t.1, p. 384-5 (Plon, éditeur).

La Dilatation d'Estomac et l'Arthritisme

On entend nombre de personnes se plaindre de ballonnement après les repas, de saveurs acides ou aigres dans la bouche, de pituites le matin ; elles éprouvent la sensation d'avoir l'estomac encombré de glaires. D'où proviennent ces troubles ? De la dilatation d'estomac, liée à la constitution arthritique du sujet. Voilà donc encore l'arthritisme à la base d'une des affections les plus fréquentes et les plus pénibles, et qui mérite de retenir d'autant plus notre attention que nous avons maintenant une thérapeutique efficace à lui opposer.

Q'est-ce qu'un estomac dilaté ? C'est, d'après la définition même de Bouchard, *un estomac qui ne se rétracte pas quand il se vide.* L'estomac dilaté est comme une grande poche toujours pendante dans le ventre. Cette absence de tonicité et de contractilité de l'estomac vient de la débilité congénitale des fibres élastiques chez l'arthritique. En effet, la diathèse neuro-arthritique prédispose à cette affection, tout comme elle prédispose aux troubles intestinaux bien décrits par Glénard sous le nom d'entéroptose.

L'estomac du dilaté a perdu la faculté de se contracter à vide comme de se contracter sur la masse alimentaire à la fin des repas. Normalement, en effet, la présence des aliments doit exciter la contraction des muscles lisses de ses parois qui font le brassage alimentaire nécessaire aux premières phases d'une bonne digestion. Chez le dilaté, il n'en est pas de même. Les parois flasques de son estomac ne réagissent pas pour évacuer le contenu alimentaire. Les aliments séjournent trop longtemps dans l'estomac et y subissent des décompositions en substances nocives et en gaz toxiques, ces derniers provoquant les troubles spécialement décrits sous le nom de *dyspepsie flatulente.*

Pourquoi le malade a-t-il ces renvois aigres, ces eaux amères dans la bouche, cette pituite si désagréable au réveil ? Parce que, dans son estomac, se produisent en grande quantité des acides secondaires de fermentation, des acides gras, butyrique et acétique, des composés ammoniacaux, du gaz carbonique et même de l'hydrogène sulfuré, qui donnent à l'haleine cette odeur forte si désagréable. Le ventre est ballonné après le repas, les vomissements apparaissent : une constipation opiniâtre s'installe. L'estomac est devenu pour celui qui en est porteur un vrai foyer toxique qui empoisonne tout l'organisme. Que faire ?

Il faut s'attaquer à la cause première, au vice originel de nutrition des fibres élastiques qui est l'arthritisme. Il faut donc recourir à l'urodonal parce que seul l'urodonal dissout l'acide urique qui imprègne chez l'arthritique le tissu élastique tout entier.

Il est aisé de comprendre qu'un tissu essentiellement contractile, comme les fibres élastiques de l'estomac, perd, du fait de son incrustation urique, sa contractilité qui constitue pourtant son essence même. D'où une insuffisance motrice qui amène le retard dans l'évacuation, avec tout le cortège des troubles qui l'accompagnent et que nous avons étudiés.

Mais bien plus : le dilaté, nous l'avons vu aussi, est un intoxiqué qui fabrique des poisons aux dépens de ses substances alimentaires. *Or, le foie est congestionné dans le cours de la dilatation.* Le foie, ne peut donc plus remplir son grand rôle de défense de l'organisme en oxydant les poisons ! Il faut faire le lavage du foie : il faut encore donner de l'urodonal.

Ce qu'il ne faut pas faire est aussi important peut-être que ce qu'il faut faire ! Il ne faut pas faire le lavage de l'estomac, responsable de tant de désastres et qui entretient la maladie, quant il ne fait pas pis encore. Il faut attaquer le mal, qui est la dilatation d'estomac, dans sa racine, qui est l'arthritisme. Il faut solubiliser par l'urodonal l'acide urique qui incruste les fibres élastiques et cause leur débilité. Il faut parer à la congestion hépatique par l'urodonal qui fait le lavage du foie et le remet en état de remplir son rôle oxydant normal. Voilà la thérapeutique vraiment rationnelle et moderne de la dilatation d'estomac, c'est une thérapeutique interne, facile et qui méritait d'être connue, car les services qu'elle a rendus sont garants de ceux plus nombreux encore qu'elle est appelée à rendre par sa vulgarisation.

L'INTESTIN

Le Jubol réalise, suivant le terme si heureux dont s'est servi le Dr Frenkel, en le présentant à l'*Académie des Sciences*, la *rééducation de l'intestin* grâce aux produits spécialement préparés qui entrent dans sa composition. Il fait merveille dans l'entérite.

REVUE CLINIQUE

Vaccinothérapie de la fièvre typhoïde par le virus sensibilisé de Besredka

Par M. le Dr BOINET

Quinze typhiques de mon service à l'Hôtel-Dieu ont été traités par le virus sensibilisé de Besredka. Je n'ai pas observé le moindre accident local, la moindre complication générale. La durée de la maladie est abrégée ; la phase des oscillations stationnaires est parfois considérablement diminuée, comme le montrent les courbes thermiques de plusieurs observations. Ce traitement est de nature à diminuer l'étendue et la profondeur des ulcérations des plaques de Peyer, à favoriser leur cicatrisation et à éviter ainsi, dans la mesure du possible, les hémorragies intestinales(qui, cependant, se sont produites dans un cas) et les perforations intestinales qui n'ont pas été observées dans aucun de nos quinze cas. La gravité de la maladie est diminuée.

Ces injections de virus sensibilisé favorisent l'évolution rapide de la fièvre typhoïde et sont suivies d'une amélioration prompte et notable de l'état général, qui le plus souvent apparaît après la troisième injection, avant la chute de la température et son retour à la normale. On se trouve ainsi dans les meilleures conditions pour éviter les dégénérescences infectieuses des viscères.

L'action thérapeutique de ces injections est d'autant plus nette qu'elles sont pratiquées à une période plus rapprochée du début de la fièvre typhoïde et nos observations confirment les conclusions des travaux de MM. Ardin-Delteil, L. Nègre, M. Raynaud, soit au XIIIe Congrès français de médecine, (13-16 octobre 1912, à Paris), soit dans leur communication de décembre 1912 à l'Académie des sciences de Paris.

La fièvre typhoïde traitée par cette vaccinothérapie dans les dix premiers jours de l'infection est plus courte, moins intense, moins grave, moins sujette aux rechutes, comme le prouvent les courbes thermiques. Un point important à faire ressortir est que la durée de la fièvre typhoïde est d'autant plus abrégée que la vaccinothérapie a été instituée plus près du début de l'infection.

J'ai modifié les doses employées par Ardin-Delteil, qui étaient : la première de 1c. c. , la seconde de 2 c. c. et les deux dernières doses de 3 c. c. , et espacées chacune de trois jours.

Les résultats paraissent meilleurs en employant d'emblée des doses de 2 c. c. renouvelées quotidiennement, pendant les quatre jours suivants, si la fièvre typhoïde est grave et pendant trois jours seulement si elle est légère. Il plus avantageux de faire des injections quotidiennes de 2 c. c. On emploie la même dose globale de virus sensibilisé, mais en quatre ou cinq jours. La maladie est ainsi mieux jugulée et son évolution est abrégée.

Dans presque tous nos cas, la médication a été limitée à la vaccinothérapie et nous n'avons donné ni bains, ni quinine, ni autres antithermiques.

Conclusions. — La vaccinothérapie avec le virus sensibilisé de Besredka agit favorablement sur l'évolution de la fièvre typhoïde, en diminue la gravité, en abrège l'évolution ; elle a d'autant plus d'action qu'elle est pratiquée à une période plus rapprochée du début de l'infection.

Elle paraît agir en favorisant la production d'une abondante quantité d'anticorps et l'augmentation considérable du pouvoir bactériolytique chez les typhiques ainsi traités. (1).

(1) Soc. de Biologie.

REVUE DE PATHOLOGIE

Les Hémorragies supplémentaires des Règles et les Règles déviées

Par M. le Docteur P. EMILE WEIL
Médecin des hôpitaux.

Jadis, on considérait les hémorragies supplémentaires des règles et les règles déviées, soit comme des hémorragies névropathiques (Parrot) soit comme des hémorragies fluxionnaires survenant au moment des règles et résultant des poussées congestives autour de lésions latentes.

Ce n'est pas aujourd'hui, où l'hystérie a subi un tel démembrement qu'on ne sait plus ce qu'il faut entendre sous cette appellation, qu'on peut se contenter de l'épithète névropathique. Avec M. Babinski, on n'interprète comme hystériques que les accidents nerveux susceptibles d'être reproduits par la suggestion ou guéris par elle. Or, les hémorragies ne remplissent pas ce désideratum.

S'il est évident que des hémoptysies, des hématémèses peuvent extérioriser, au moment des règles, une tuberculose pulmonaire latente, des ulcérations stomacales silencieuses, on explique mieux encore les hémorragies supplémentaires ou déviées en faisant jouer un rôle important dans leur réalisation aux lésions sanguines dyscrasiques, qui semblent nécessaires pour que la congestion aille jusqu'à la sortie du sang hors des vaisseaux.

Sur le terrain hématique spécial que j'ai décrit, la station debout, des traumas minimes suffisent à provoquer les ecchymoses cutanées ; la mauvaise dentition, le nettoyage des dents, à déterminer le saignement gingival. Quant aux épistaxis, elles s'expliquent par la congestion que la menstruation provoque normalement au niveau des points génitaux des cornets, quand elle a lieu chez des malades à crase sanguine anormale.

En somme, pour les hémorragies supplémentaires des règles à l'âge adulte comme dans l'adolescence, pour les règles déviées, l'importance des pertes paraît relever de lésions sanguines et de troubles généraux. Evidemment, des lésions locales peuvent exister, qui serviront de points d'appel au processus hémorragique, et cette notion importe pour le traitement. Mais, d'une façon générale, ce n'est pas du côté de l'utérus qu'il faut chercher la cause de ces hémorragies.

C'est à cette conclusion qu'arrivent également MM. Forgues et Massabuau (1) à propos des hémorragies de la ménopause. Quoique ces auteurs ne parlent ni d'hémorragies associées, ni d'examen de sang, ni des antécédents hémorragipares ; par la seule critique des faits, ils se refusent à interpréter ces hémorragies de la ménopause comme liées à des lésions utérines ou ovariennes et les attribuent comme celles de la puberté, auxquelles ils les comparent, à des troubles fonctionnels ovariens.

Je ne puis donner un avis personnel sur les hémorragies qui terminent la vie génitale de la femme ; mais il est probable qu'elles sont de même nature que celles de l'adolescence et de l'âge adulte, et qu'elles proviennent, non de lésions de la muqueuse ou des vaisseaux utérins, mais de lésions de l'ovaire.

Certes, il est légitime de faire jouer un rôle primordial à des troubles fonctionnels ovariens, mais il est indispensable d'accorder une part aussi importante à d'autres glandes vasculaires sanguines et surtout au foie, qui président à la constitution de la crase sanguine.

Y a-t-il parenté entre ces faits et l'hémophilie ? J'ai déjà dit, à propos des hémorragies de la puberté, que je ne croyais pas qu'elles rentraient dans le même cadre. Les lésions hématiques sont, en effet, différentes et minimes, beaucoup plus semblables à celles des purpuras qu'à celles de l'hémophilie et, ici, comme dans les purpuras, le temps de saignement est beaucoup plus considérable et anormal que dans l'hémophilie. Cependant, la distinction peut parfois être difficile dans des faits de transition.

Le traitement de ces hémorragies est purement d'ordre médical.

Ce doit être à la fois un traitement local et un traitement général.

Le traitement local consiste en repos en décubitus dorsal dès le début des règles, repos qu'il faut prolonger pendant au moins un jour après leur cessation complète, sous peine de voir recommencer l'hémorragie.

Les injections très chaudes seront pratiquées matin et soir pendant toute la durée de la perte. On aura soin d'éviter soigneusement la constipation, soit à l'aide de laxatifs légers, soit en prescrivant de petits lavements.

Le traitement général consistera, une fois qu'on aura constaté les lésions sanguines, à assurer leur correction. Dans les cas graves, je prescris l'injection sous-cutanée de sérum de cheval, une injection de 20 centimètres cubes dès le deuxième jour des règles. Dans les cas ordinaires, je me contente d'ordonner des lavements de sérum de cheval (20 centimètres cubes) pendant trois jours consécutifs (deuxième, troisième et quatrième jour), lavements auxquels j'ai recours tous les mois sans aucun inconvénient. Le sérum se montre en effet actif par voie rectale ; les travaux de Léon Bernard ont donné la preuve de son absorption ; cependant, son activité est moindre que par voie sous-cutanée. Dans certains cas, j'ai eu recours avec succès à l'action locale du sérum ; une mèche de gaze imbibée de sérum et mise au contact du col utérin m'a souvent donné l'arrêt immédiat de l'hémorragie ; mais parfois, loin d'avoir une action d'arrêt, le corps étranger vaginal augmente l'intensité de la perte.

J'ai actuellement recours dans les cas graves, non plus à l'injection sous-cutanée de sérum de cheval, mais à celle de sang humain complet pris à la veine d'un parent des malades.

Une fois l'hémorragie arrêtée, il s'agit de faire le possible pour prévenir son retour ; la chose est bien difficile quand il s'agit d'une hémorragie à son retour physiologique périodique. Aussi doit-on tenter moins de la supprimer que de la rendre régulière.

C'est à l'opothérapie qu'il convient de recourir. L'opothérapie thyroïdienne, prescrite d'abord à doses minimes, puis à doses croissantes, sera tentée ; elle ne m'a guère donné de succès. Dans plusieurs cas, je l'ai associée à l'opothérapie ovarienne, ou bien j'ai prescrit cette dernière seule, mais sans efficacité. Au contraire, dans plusieurs cas, l'opothérapie mammaire et l'opothérapie hypophysaire ont avantageusement modifié les hémorragies. (1)

Il sera bon d'ajouter à ce traitement préventif une médication symptomatique ; les ferrugineux, les arsenicaux, les toniques, etc., seront prescrits pour aider à la réparation hématique et corriger l'anémie consécutive aux pertes sanguines. (2)

(1) Forgues et Massabuau. Les métrorragies de la ménopause. Hémorragies d'origine ovarienne. *Presse médicale*. 28 sept. 1912.

(1) Les remarques de M. le docteur Weil sont des plus judicieuses. Comme il le dit fort justement, le traitement de ces hémorragies particulières doit être essentiellement médical et à la fois local et général.

Mais, comment instituer ce traitement ?

S'il est en général aisé en tous les cas d'obtenir des malades le repos en décubitus dorsal durant un temps convenable, de leur faire prendre des injections chaudes matin et soir, de leur éviter les inconvénients de la constipation à l'aide de lavements ou, plus simplement, en les soumettant à la cure par le jubol, il en est tout autrement pour la partie du traitement par le sérum de cheval ou même par le serum humain. Ici, des difficultes pratiques d'ordres divers s'opposent souvent à ce que la médication utile puisse être suivie convenablement.

Pour cette raison, il importe donc de recourir sans attendre à la pratique opothérapique que M. Weil n'a du reste garde d'oublier et, qu'en raison de son extrême importance, il recommande avec instance et l'on devra prescrire la fandorine à la dose de 10 à 16 comprimés par jour, administrée à raison de deux comprimés toutes les heures, durant le nombre de jour nécessaires pour amener la guérison.

La cure ainsi réalisée, comme le recommande l'éminent clinicien, sera enfin fort utilement complétée par l'usage prolongé du Globeol, à raison de deux pilules au début de chaque repas, de façon à assurer la réparation hématique et à lutter efficacement contre l'anémie qui suit fatalement toute perte sanguine importante.

(2) *Soc. médicale des hopitaux.*

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le Traitement de l'Aérophagie

Par M. le Docteur BODSON
Médecin de bataillon de 1re classe de l'armée belge

Pour obtenir la guérison, il faut :

I. *Convaincre le malade qu'il avale de l'air*, au lieu d'en rendre. Pour cela, il faut que le médecin assiste à une crise et qu'il l'arrête en faisant ouvrir la bouche ; puis il explique au patient le mécanisme de l'aérophagie, lui fait avaler un peu d'eau et, à cette occasion, lui fait sentir l'élévation de son larynx à chaque mouvement de déglutition. Il provoque une nouvelle crise et l'arrête de même. Un malade intelligent comprend ce qu'on lui demande et se guérit lui-même. Si cette leçon ne suffit pas, on devra :

II. *Empêcher la déglutition d'air* : *a*) Au moment des crises, on oblige les malades à se mettre un bouchon entre les dents de façon à tenir la bouche ouverte ; *b*) on attire leur attention sur leurs mouvements de déglutition trop rapprochés par l'emploi d'une cravate ou d'un ruban serré au niveau de la pomme d'Adam. La sécrétion salivaire étant chez eux augmentée notablement, ils mouilleront de nombreux mouchoirs pendant les premiers jours, mais dès le troisième jour, l'aérophagie sera ou très diminuée ou supprimée.

III. *Modifier l'état de l'estomac.* — Il est nécessaire de modifier le chimisme gastrique ou l'état de la muqueuse stomacale qui est très sensible chez ces malades : on s'adressera donc à la cause provocatrice et l'on soignera la dyspepsie par un régime alimentaire et une médication appropriée, il faudra assurer la sédation de la sensibilité gastrique par la codéine, l'eau de laurier cerise, l'eau chloroformée saturée, les alcalins à haute dose, les poudres de saturation ou le sousnitrate de bismuth à forte dose (5 grammes au moins par jour).

IV. *Faire évacuer l'air qui distend l'estomac.* — Dans certains cas, chez les malades qui font de l'aérophagie silencieuse ou de la dilation aiguë de l'estomac, il faut faire *évacuer l'air dégluti* pour éviter des accidents d'une haute gravité qui ne tarderaient pas à apparaître. Cette évacuation peut se faire par deux voies : la bouche ou *l'anus*.

On peut évacuer l'air par la bouche : 1° en avalant un peu d'air pour amorcer l'éructation, moyen recommandé aux dyspeptiques flatulents ; cette opération doit être pratiquée avant que la tension gastrique ne soit trop forte sinon elle devient difficile à réaliser. Mais ce moyen est dangereux, car il mène facilement à l'aérophagie volontaire mais inconsciente ;

2° A l'aide du tube de Faucher ;

3° En modifiant la position du malade : on lui fait prendre la position genu-pectorale ou on le couche complètement sur le ventre ; c'est le mode d'évacuation le plus simple ; il agit en déplaçant le niveau du liquide qui obture le cardia et en permettant à l'air renfermé dans l'estomac de forcer l'orifice œsophagien.

On peut aussi évacuer l'air par l'anus : l'évacuation par l'intestin est la règle dans les formes de l'aérophagie où le cardia s'oppose à l'éructation, mais cette évacuation est tardive après la fin de la digestion. Dans les cas pressants, on pourrait l'accélérer par la position renversée de Trendelenburg ; s'il n'y a pas urgence, on l'activera par le massage de l'estomac et de l'intes-

tin, l'électrothérapie ou la gymnastique respiratoire dont les mouvements mettront principalement en jeu les muscles de la paroi antérieure de l'abdomen, le diaphragme, les psoas.

V. *Dans les cas rebelles*, chez les nerveux, les neurasthéniques, les hystériques, il faudra d'abord user de persuasion, puis défendre énergiquement à ces malades d'avaler leur salive et, en cas d'échec, recourir à la suggestion et à l'isolement.

REVUE DE CHIRURGIE

L'avenir des néphrectomisés

Par M. le Docteur BAZY
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de Médecine

Les personnes qui ont subi l'ablation d'un rein se comportent, si l'autre rein est sain, comme si elles possédaient leurs deux reins.

La façon dont elles supportent, plus ou moins longtemps après la néphrectomie, des actes opératoires importants constitue un critérium de l'intégrité de la fonction.

Onze ans après une néphrectomie pour tumeur, j'ai enlevé l'utérus et les annexes à une dame, qui a supporté cette importante intervention comme une personne non néphrectomisée.

Au point de vue de la nature du mal qui a nécessité la néphrectomie, il faut établir trois catégories : tumeurs, tuberculose, suppuration.

1° L'ablation des tumeurs, pour les cas que j'ai pu suivre, m'a donné des résultats très encourageants : j'ai suivi des malades bien portants pendant quatorze ans, onze ans, huit ans, cinq ans, trois ans ; je ne parle pas des cas plus récents. Et je n'ai pas pu retrouver tous ceux que j'ai opérés.

2° L'état des néphrectomisés pour tuberculose rénale dépend beaucoup de l'état de la vessie : ceux dont la vessie est indemne ont une santé parfaite ; ceux, dont la vessie est atteinte, voient leur état s'améliorer d'autant mieux et plus rapidement que les lésions de la vessie sont moins anciennes et moins accentuées, d'où la nécessité des interventions précoces.

Les néphrectomisés pour suppurations simples recouvrent complètement la santé : ceux chez lesquels l'urine du rein sain contenait de l'albumine voient cette albumine disparaître dès que la suppuration a été supprimée, c'est-à-dire après la néphrectomie.

Il y a donc intérêt à supprimer le plus tôt possible les reins détruits par la suppuration et qui sont en état de rétention.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

La Thérapeutique des déviations génitales

Par M. le Docteur DOLÉRIS
Accoucheur des Hôpitaux

I. Déviations en général. Prolapsus. — 1° Les déviations utérines ont entre elles une réelle parenté d'origine et de mécanisme.

Le terme de hernie génitale ou sacropubienne (Hart), qui est appliqué au *prolapsus* de la matrice accompagnée des parois vaginales, est inexact ; mais il fait image et peut être conservé pour la facilité des descriptions.

L'*antéversion* de l'utérus est l'exagération de l'attitude normale de l'organe et nécessite toujours l'affaiblissement ou la perte de la résistance du plancher pelvien antérieur (*ligaments vésico et utéro-pubiens, paroi vésico-vaginale*). Elle est liée forcément à la colpocèle antérieure, (cystocèle) ; souvent à la colpocèle postérieure, et dépend partiellement alors, du relâchement du faisceau ansiforme du releveur anal.

La *rétroversion* est la luxation en arrière de l'organe utérin ; elle a trois degrés, liés à la défaillance successive ou à la destruction traumatique des sphincters pelviens : de haut en bas, ligaments utéro-sacrés, anse du releveur, périnée.

Le premier degré est commun chez la nullipare et dans le post-partum sans traumatisme ; les deux autres sont propres aux multipares traumatisées violemment.

Les *flexions* sont le résultat de troubles organiques (inflammation ou dystrophie) dans la texture de l'isthme utérin. Il en est de même des allongements du cervix.

Les *latéro-déviations* sont la conséquence de lésions de voisinage, toujours accidentelles, et associées à une autre déviation ; elles sont sans intérêt thérapeutique.

2° Les déviations se transforment souvent, d'une façon passagère ou durable, au cours de leur évolution.

Elles se muent fréquemment les unes dans les autres : un prolapsus peut succéder la rétroversion ; celle-ci est une étape nécessaire du prolapsus.

La *mobilité utérine anormale*, c'est-à-dire excessive, est au début de toute déviation ; elle en constitue le premier degré.

Ces mutations expliquent la quasi-similitude du traitement dans les prolapsus et dans les déviations en arrière.

Les *colpocèles* sont des lésions tantôt accessoires et liées aux déviations, tantôt indépendantes, primitives, et liées aux troubles pathologiques de l'urètre, de la vessie et du rectum.

3° L'étiologie des déviations utérines réside dans deux catégories de causes :

a) *Causes organiques* : débilité musculo-fibreuse native ou acquise ; inflammation ; névropathie ; subinvolution puerpérale ; atrophie de la ménopause ; tumeurs ; amaigrissement rapide.

b) *Causes traumatiques* : surmenage physique et puerpéral ; violences obstétricales, dystocie ; accidents, chutes, efforts.

Les prolapsus dépendent surtout de l'irrésistance du diaphragme pelvien central : attaches cervicales aux viscères voisins, unis à l'utérus et aux parois du bassin.

Les luxations de l'utérus, la rétroversion, qui est la principale sinon l'unique déviation, dépendent de l'irrésistance des cordons ligamentaires sous-péritonéaux, antérieurs et postérieurs.

La *mobilité utérine anormale initiale* dépend de la défaillance du ligament suspenseur d'Aran (ligaments utéro-sacrés).

4° Les déviations de cause organique dépassent rarement le premier stade dans lequel les appareils ligamentaires intra-abdominaux et le plancher supérieur du diaphragme pelvien sont seuls en jeu.

Les déviations de cause traumatique parcourent leur cycle complet jusqu'à la hernie extérieure des organes, à moins d'une intervention ou d'une hygiène que sa sévérité rend souvent impraticable.

5° Le traitement médical, tonique, orthopédique, gymnastique, etc., peut suffire à la rigueur aux déviations de cause organique quand elles sont dénuées de complications inflammatoires qui ne réclament point d'intervention.

6° Les causes traumatiques compromettant d'une façon durable et altérant profondément l'architectonie pelvienne, les déviations qui en sont la conséquence réclament la réparation des lacérations apparentes et la restauration des attaches déchirées, des brèches profondes souvent invisibles, mais qu'il faut rechercher. Les muscles, les ligaments, les fascia, les viscères juxta-utérins eux-mêmes sont le siège de ces désordres.

Ces restaurations s'obtiennent grâce à des opérations plus ou moins complexes, suivant les cas, pratiquées sur :

Le périnée avec ou sans le releveur et la cloison : périnéoplastie ; colpopérinéoplastie intéressant le releveur anal ;

Les parois vaginales : colporraphies antérieure et postérieure ;

Le fornix du vagin et le col utérin : trachélorraphie ; colporraphies profondes et rétro cervicales.

7° Toute complication, toute lésion accessoire des déviations, métrite, flexion, annexite, etc., doit être associée au traitement de la déviation elle-même, sous peine d'échec thérapeutique partiel.

C'est un principe indiscutable que celui du traitement intégral des lésions, dans le prolapsus et les déviations de l'utérus.

II. Rétro-déviations. — 8° La rétro-déviation utérine (luxation de l'utérus en arrière) est primitive ou secondaire.

Elle ne peut exister sans un notable allongement des ligaments ronds et un certain relâchement des ligaments postérieurs.

Primitive, elle succède directement à la mobilité anormale de l'utérus qui survient lentement, aussi bien chez les vierges que chez les nullipares et les accouchées.

Elle succède plus rarement à une violence extérieure brusque (choc, chute, effort démesuré).

Secondaire, elle constitue un *temps d'arrêt* définitif au cours du prolapsus utérin et dépend toujours de lésions profondes des éléments résistants du plancher pelvien. Dans ces cas, la bascule de l'utérus en arrière succède aux premières phases de la descente verticale de l'organe ; elle s'explique par la résistance qu'oppose à cette descente le *sphincter moyen du vagin* représenté par le faisceau ansiforme du releveur anal.

Quelques formes rares de rétro-déviation dépendent de la présence de tumeurs utérines — d'adhérences consécutives à des exsudats pelviens — de déformations tératologiques. Elles n'ont pas, pour le traitement, un intérêt pratique direct.

L'évolution et les progrès plus ou moins rapides de la rétro-déviation sont liés à l'efficacité de ce sphincter moyen (releveur) et à l'intégrité du sphincter inférieur (périnée).

9° La thérapeutique de la rétroversion utérine primitive, au *premier degré*, peut se borner aux moyens médicaux et orthopédiques (*douches froides, massage, électrothérapie, gymnastique, pessaires*).

Les meilleures pessaires, les seuls qu'il faille rationnellement employer, doivent être construits sur le principe de Hodge.

La *période d'involution puerpérale* est le moment psychologique pour le succès du pessaire, dans la rétroversion post-partum ou post-abortum.

Les lacérations périnéales, la métrite et l'annexite vraies sont des contre-indications du pessaire.

10° L'échec des procédés médicaux, ou l'impossibilité de les mettre en œuvre, entraînent la nécessité du traitement chirurgical.

La thérapeutique opératoire de toute rétrodéviation primitive ou secondaire, qui n'a point cédé au traitement médical, consiste *nécessairement* :

a) Dans la réduction et l'assujettissement de l'utérus dans son attitude normale, au moyen d'un procédé qui ne change point son orientation — qui n'altère point sa statique et ses rapports.

Le raccourcissement des ligaments ronds, par la *voie inguinale* quand la rétroversion est mobile et point compliquée d'annexite — par la *voie abdominale* dans le cas contraire, répond à l'indication formelle de réduire l'utérus et y pourvoit sûrement. Le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés, par l'une ou l'autre voie — opération malaisée et décevante — mais mieux et plus facilement la résection, par la *colporraphie rétro-cervicale* du ligament de Douglas, complètent la réduction.

Ce complément en pratique, est rarement nécessaire.

b) La thérapeutique de la rétro-déviation comporte *occasionnellement* l'exécution de toutes les

restaurations plastiques requises par les lésions et les déformations constatées sur le col utérin, le vagin, le périnée.

En résumé, les résections ligamentaires visent directement la *déviation* en arrière.

Les opérations plastiques visent les *traumatismes associés au prolapsus* qui a prélude à la rétro-luxation utérine.

11° Les opérations plastiques en général, tout comme les colporraphies partielles, portant sur les culs-de-sac ou sur le trajet même du vagin, trop souvent considérées comme accessoires ou inutiles, sont, au contraire essentielles. Ce sont autant de *myorrhaphies* directes ou *indirectes*, justifiées par l'existence de lésions matérielles.

Elles suffisent souvent à la cure de l'antéversion pathologique de l'utérus et des colpocèles du segment vaginal moyen (cystocèle, colpocèle postérieure).

Les *lésions annexielles* compliquant la rétrodéviation aussi bien que le prolapsus, nécessitent absolument l'emploi de la laparotomie.

Comme il y a souvent sinon évidence, du moins suspicion grave d'annexite dans la rétro-déviation utérine et qu'en tout cas les annexes rétroprolabées sont habituellement déformées et que les trompes sont obstruées par la congestion hypostatique, le raccourcissement des ligaments ronds, par la voie abdominale, devient ici l'intervention de choix. Son efficacité, la certitude et la persistance de la guérison sont mises hors de doute par une statistique très importante et par l'assentissement chirurgical presque unanime.

12° Les déviations qui se montrent ou qui s'exagèrent, au début de la grossesse, comme le prolapsus et la rétro-version, sont justiciables de l'application précoce d'un pessaire bien fait.

Ce traitement, appliqué hâtivement, prévient l'incarcération.

Dans la rétro-version de l'utérus gravide, avec incarcération imminente ou confirmée, la laparotomie est indiquée, après échec des tentatives de réduction par des procédés de douceur ne pouvant pas compromettre la grossesse.

La laparotomie permet la libération de l'utérus, assure la marche normale de la gestation et la cure radicale de la déviation.

Cette intervention, dépourvue de dangers, ne donne lieu à aucune complication ultérieure au cours de l'accouchement.

Des faits aujourd'hui nombreux démontrent qu'après une ou plusieurs grossesses la guérison de la déviation se maintient.

REVUE DE TOXICOLOGIE

Un cas d'empoisonnement par le sublimé

Par M. le Professeur STENON

Une femme de 35 ans prend dans une intention de suicide, deux pastilles d'un demi-gramme de sublimé corrosif, vers 2 heures de l'après-midi. Elle est amenée six heures plus tard à l'hôpital : on lui a fait à domicile des lavages d'estomac, elle a ensuite abondamment vomi des liquides muco-bilieux et a eu plusieurs selles.

Nous trouvons le lendemain, au moment de la visite, la malade dans un état de prostration extrême : visage anxieux, extrémités froides et cyanosées. Pouls très petit à 80. Respiration, 24. Température 36°4.

La malade accuse une douleur très vive à l'épigastre, elle rend à chaque instant un liquide muqueux verdâtre mêlé de flocons mélaniques. La diarrhée persiste, mais il n'y a pas d'urine, sauf quelques gouttes émises avec les selles qui se succèdent d'heure en heure ; ces selles sont mélaniques et contiennent du sang.

Le ventre est rétracté et l'on perçoit une vésicule biliaire énorme et fort mobile.

La situation se maintient la même les jours qui suivirent ; l'anurie ou l'hypurie considérable persista jusqu'à la mort, survenne dans le collapsus neuf jours après l'empoisonnement.

Deux jours avant le décès, nous avons pu obtenir quelques centimètres cubes d'une urine très dense renfermant énormément d'albumine, des cylindres hyalins et granuleux, de l'épithélium rénal. A ce moment, le sérum sanguin de la malade ne renfermait que 36 centigrammes pour °/₀₀ d'urée.

Les principaux organes ont été recueillis à l'autopsie de cette malade.

Les lésions sont limitées à l'estomac et aux reins, tandis que le foie est normal.

L'estomac offre les lésions de la gastrite toxique avec une plaque gangréneuse de l'étendue d'une pièce de deux francs à la portion pylorique du côté de la grande courbure.

L'examen des reins est instructif : il s'agit d'un cas typique de *néphrite aiguë tubulaire* limitée aux canaux contournés, les anses de Henle, les canaux de communication ; les tubes droits n'ont guère soufferts quant à la structure de leur épithélium, ils sont en grande partie bouchés par les moules hyalins qui y ont fusé à partir des tubes contournés ; l'épithélium de ces derniers est en desquamation complète, atteint de dégénérescence granulo-graisseuse et hydropique. Les phénomènes réactionnels du côté du tissu conjonctif des reins sont encore peu accusés. Un point à signaler est l'intégrité presque absolue des glomérules dont les houquets vasculaires sont libres et dont l'épithélium ainsi que la capsule peuvent être considérés comme sains; aucun ne renferme d'exsudat. Cette observation n'est pas conforme à celle de Perow (*Zur Path. Anat. d. Akuten Sublimatvergiftung*, 1898), qui localise spécialement la lésion de l'intoxication par le sublimé dans les glomérules.

On sait que Lentert a signalé la présence ordinaire dans le rein de l'empoisonnement par le sublimé, d'infarctus intracanaliculaires calcaires. Je n'en ai pas rencontré dans le cas présent.

REVUE DE LABORATOIRE

La Réaction de Moriz Weisz dans l'urine des Tuberculeux

D'après MM. Pierret et Leroy, la réaction au permanganate proposée par Moriz-Weisz est une méthode qui, en raison de sa simplicité et de sa valeur diagnostique mérite d'entrer dans la pratique médicale.

Voici, d'après les deux auteurs, qui l'ont quelque peu modifiée, la technique qu'il convient de suivre.

Verser dans un tube à essai, 10 centimètres cubes d'urines et ajouter une quantité d'eau suffisante pour obtenir une coloration jaune pâle. Verser à la surface du mélange quelques gouttes de permanganate au 1/1000e ; si un anneau jaune d'or apparaît persistant pendant plusieurs heures la réaction est positive. Un anneau mal coloré ou se décolorant peu à peu doit faire considérer la réaction comme négative.

Il y a intérêt à n'utiliser que des urines recueillies récemment et une solution fraîchement préparée de permanganate.

Dans ces conditions, MM. Pierret et Leroy ont toujours trouvé une réaction négative chez les individus sains. Dans la tuberculose pulmonaire, elle manquait à la première période, se trouvait positive dans une proportion de 10 0/0 à la deuxième et de 38 0/0 à la troisième période.

Dans les tuberculoses chirurgicales, MM. Pierret et Leroy signalent également son absence, de même, d'ailleurs, que dans la plupart des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire, érysipèle...) et même dans le cancer ou les diabètes graves.

CARNET DU PRATICIEN

Furoncles de l'oreille

Au début, introduire dans l'oreille une mèche de gaze préalablement enduite de la préparation suivante :

Huile de vaseline...........	25 grammes
Glycérine.....................	25 grammes
Menthol.....................	2 gr. 50
Novocaïne.....................	0 gr. 10

Les furoncles plus avancés seront combattus par des applications d'alcool à 50° ou des instillations d'alcool absolu. Il ne faut pas trop se presser pour inciser le furoncle et attendre que le tourbillon puisse être extrait facilement.

Dans cette période les douleurs vives seront combattues par le topique suivant, dont on imbibera les mèches de gaze :

Cocaïne...........	0 gr. 20 à 1 gramme
Résorcine.........	0 gr. 50 centigr.
Eau distillée......	— —
Glycérine.........	10 grammes
Alcool...........	— —

Pour éviter les récidives on fera pendant 15 à 20 jours un bain d'oreilles de 15 minutes de durée par jour en se servant des solutions alcooliques en instillations :

Acide salicylique........	0 gr. 20 centigr.
Acide borique..........	10 grammes
Alcool absolu..........	50 —
Eau distillée..........	100 —

Instiller jusqu'à ce que le canal soit rempli.

Vomissements chez les Nourrissons

Qu'il s'agisse d'un enfant au sein, au biberon ou même sevré, il sera toujours utile de combiner au traitement institué, une cure par les comprimés de sinubérase délités dans une petite quantité d'eau sucrée, de façon à rétablir une flore normale dans l'intestin.

On fera prendre la sinubérase environ un quart d'heure avant chaque repas.

Pour calmer la dysphagie dans la laryngite

Pour calmer la dysphagie de la laryngite tuberculeuse le professeur Hinsberg de Breslau place, ou fait placer par le malade lui-même, sur le dos de la langue, 30 à 40 centigrammes de poudre absolument sèche d'orthoform. Quelques mouvements de déglutition, tout à fait à sec, font descendre la poudre au niveau de l'épiglotte et des replis arythéno-épiglottiques en imprégnant sur son passage les régions infiltrées ou les ulcérations tapissant l'entrée du larynx; au bout de quelques minutes le patient peut avaler sans souffrir. Si les ulcérations sont dans l'intérieur du larynx le procédé perd son efficacité; à la dose de 30 à 40 centigrammes le moyen peut être renouvelé trois à quatre fois par jour pendant plusieurs semaines sans inconvénient. Le procédé est également à recommander dans les migraines douloureuses, les abcès périamygdaliens et à la suite des opérations sur les amygdales.

Alopécie infantile de la fièvre typhoïde

Utiliser la lotion :

Huile de ricin..............	30 grammes
Alcool à 60°..............	100 —
Teinture de quinquina.....	5 —
Teinture de romarin.......	5 —
Teinture de jaborandi......	5 —

ou, frictions matin et soir avec la pommade suivante :

Vaseline..................	30 grammes
Lanoline..................	10 —
Baume du Pérou...........	2 —
Acide gallique............	1 —

(COMBY).

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 40.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANT


Rajeunit les Artères
Urodonal
Dissout l'Acide Urique

VARIÉTÉS

La Mortalité dans la classe ouvrière

Sur 10.000 habitants de Paris, note dans le *Journal des Médecins*, M. le Dr J. de Racis, il en meurt annuellement : 74 aux Champs-Elysées, 98 à la Porte-Dauphine, 111 à la Plaine-Monceau, 247 au quartier d'Amérique, et 253 à Belleville.

La mortalité des quartiers pauvres est deux fois plus élevée que celles des quartiers riches.

La mortalité des enfants pauvres est dix fois plus élevée que celle des enfants riches.

La statistique de la mortalité suivant les professions, d'après les décès enregistrés en France, pendant les années 1907 et 1908, est pleine d'enseignements :

Si l'on compare le nombre annuel moyen des décès pour 10.000 vivants de chaque âge chez les patrons, les employés et les ouvriers, on constate que la mortalité est en raison inverse des conditions de bien-être et d'hygiène.

Il est facile de s'en rendre compte par le tableau suivant :

Nombre annuel de décès par dix mille vivants de chaque âge du sexe masculin.

Ages en années	Patrons	Employés	Onvriers
25-29	62	80	72
30-34	67	95	95
35-39	75	110	117
40-44	89	131	159
45-49	115	180	208
50-54	140	227	261
55-59	206	330	372
60-64	287	470	487
65-69	487	702	757
70-79	1.073	1.224	1.543
80 et plus.	3.889	3.201	5.355

Et il en est de même pour le sexe féminin.

Si, de 25 à 29 ans, le nomhre annuel moyen des décès pour 10.000 vivants, est de 59 pour les patronnes, de 62 pour les employées et de 76 pour les ouvrières, la même proportion et même une proportion beaucoup plus grande se retrouve dans les autres âges.

Ages en années	Patronnes	Employées	Ouvrières
25-29	59	62	76
30-34	67	69	92
35-39	64	67	98
40-44	75	83	116
45-49	92	111	135
50-54	118	144	164
55-59	169	209	203
60-64	266	333	288
65-69	439	577	431
70-79	1.025	1.323	980
80 et plus ..	3.827	3.641	3.690

Mais ce n'est pas seulement entre le nombre des salariés décédés et le nombre des patrons décédés qu'il existe une telle différence.

Si on compare le tanx de mortalité de certaines catégories professionnelles, on constate là encore, que la mort frappe davantage dans les rangs des hommes dont le labeur est plus pénible plus dur, plus fatiguant et qui s'effectue dans des conditions moins hygiéniques.

Tandis que la proportion annuelle moyenne des décès pour 10.000 ouvriers journaliers et domestiques agricoles est de 48, de 25 à 34 ans, de 79, de 35 à 44 ans, de 150, de 45 à 54 ans, et de 296, de 55 à 64 ans, elle est, pour les ouvriers des mines et des carrières, de 68, de 25 à 34 ans, de 101, de 35 à 44 ans, de 204, de 45 à 54 ans et de 420, de 55 à 64 ans !

Chez les ouvriers boulangers, pâtissiers et biscuitiers, le taux de la mortalité augmente ! Celui-ci atteint 97, de 25 à 34 ans, 183, de 35 à 44 ans, 306, 45 à 54 ans, et 577, de 55 à 64 ans.

Dans les industries du livre, dans le vêtement, dans l'industrie des cuirs et peaux, chez les ouvriers charpentiers, les décès sont encore plus élevés et ils restent au même niveau — ou à peu près — chez les ouvriers scieurs, découpeurs, mouluriers, charpentiers, sabotiers, etc.

C'est chez les ouvriers faïenciers, porcelainiers et verriers la mortalité atteint son maximum : 103 à 106, de 25 à 34 ans, 144 à 150, de 35 à 44 ans, 256 à 318, de 45 à 54 ans, et de 510 à 567, de 55 à 64 ans.

Chez les employés, l'étude de la mortalité n'est pas moins instructive.

Ainsi, chez les garçons de cafés, restaurants et hôtels, le taux est de 121, de 25 à 34 ans, 216, de 35 à 44 ans, 343, de 45 à 54 ans, et de 502, de 55 à 64 ans.

Chez les garçons bouchers, c'est encore pis ! 120 décès de 25 à 34 ans, 290 de 35 à 44 ans, 511 de 45 à 54 ans, et 860 de 55 à 64 ans.

En ce qui concerne le sexe féminin, on retrouve les mêmes proportions, suivant que les ouvrières ou employées sont occupées dans les milieux urbains et se trouvent surmenées.

Les facteurs de cette mortalité sont : le surmenage, le mauvais logement, le manque d'air et de soleil, l'alimentation insuffisante, l'alcoolisme.

C'est ce que démontrent les statistiques ci-dessus : le taux de la mortalité est beaucoup moins élevé chez les patrons, moins surmenés, mieux logés, mieux nourris, que chez les employés et les ouvriers ; la longévité est proportionnelle au bien-être, aux conditions d'hygiène, les employés et les ouvriers vivent plus ou moins longtemps suivant que leur travail est plus ou moins dur et long et leur salaire plus ou moins élevé, suivant aussi qu'ils s'alcoolisent plus ou moins.

ÉCHOS

Exemple à suivre.

On a annoncé récemment que, pour remédier dans une certaine mesure à l'affaiblissement de la natalité, la ville de Toulouse venait d'instituer la « Maternité secrète ».

La ville de Toulouse n'est pour rien dans cette heureuse et intéressante innovation, qui est due à l'initiative de l'ancien préfet, M. Paul Viguié et du Dr Lantré, inspecteur de l'assistance publique. Elle fut sanctionnée le 29 septembre 1911, par le Conseil général de la Haute-Garonne, qui avait été saisi, en même temps, du vœu qu'avait émis à ce sujet le Comité départemental de la protection des enfants du premier âge.

On demandait au département de prendre à sa charge l'hospitalisation de toute femme reconnue enceinte qui désirerait, en attendant ses couches, être admise dans une maternité secrète ou dans un refuge-ouvroir dans le but d'éviter autant que possible les manœuvres abortives ou les infanticides.

Le département s'est mis d'accord avec la Commission administrative des hospices civils de Toulouse et, depuis le mois de janvier 1912, toute femme justifiant par un certificat qu'elle est enceinte et qui, pour des raisons personnelles ne peut se faire inscrire au compte de l'assistance médicale gratuite et veut conserver le secret de sa situation, est hospitalisée à la Maternité au compte du chapitre du « domicile de secours départemental ».

De même que tout enfant paraissant âgé de moins de sept mois est reçu au hureau d'abandon ouvert, sans aucune pièce ni justification, de même toute femme reconnue enceinte par la sage-femme ou le médecin du service est admise désormais à la Maternité, au compte du département, sans avoir à fournir la moindre pièce d'identité. On lui demande seulement de déposer, en entrant, son état civil sous pli cacheté, de façon, en cas de décès, qu'on puisse faire à la mairie la déclaration exigée par la loi.

Voici, d'ailleurs, les trois articles essentiels de l'arrêté du préfet de la Haute-Garonne du 2 janvier 1912 :

Article premier. — Toute femme enceinte qui, munie d'un certificat médical établissant son état de grossesse, demandera à être hospitalisée sans qu'il soit procédé à la recherche du domicile de secours, pour y garantir le secret de sa situation, devra se présenter à M. l'Inspecteur de l'Assistance publique qui, sur le vu du certificat médical, lui remettra un ordre d'admission à la Maternité.

Art. 2. — Ces malades seront hospitalisées au compte du département et la dépense en résultant sera imputée sur l'article 3 du chapitre 9 du hudget (Malades ayant le domicile de secours départemental).

Art. 3. — Les femmes qui ne voudront pas se faire reconnaître, devront néanmoins placer dans une enveloppe cachetée les indications relatives à leur état civil nécessaire pour faire, en cas de décès, la déclaration légale à l'état civil. Cette enveloppe sera remise à l'administration des hospices et reprise à la sortie.

C'est aux cinquième et sixième mois de la grossesse que se fait cette hospitalisation et un grand progrès social, dont les résultats ne pourront qu'être profitables à la collectivité, est de la sorte réalisé.

Durant l'année 1912, vingt femmes ont fait leurs couches à la Maternité secrète, et on en a reçu six autres depuis le 1er janvier 1913. Leur entretien est revenu au département à cent soixante francs par tête environ, en calculant le prix de la journée payé aux hospices, prix qui varie entre deux francs et deux francs quatre-vingt-dix.

L'exemple du département de la Haute-Garonne ne saurait manquer d'être suivi.

La lutte contre la tuberculose.

Le peuple suisse tout dernièrement, a été appelé à se prononcer sur un projet de revision de la Constitution fédérale qui doit permettre à la Confédération d'encourager la lutte contre la tuberculose. Les communes et les cantons ont déjà entrepris cette lutte et plusieurs de ces derniers y consacrent des sommes considérables ; mais on doit reconnaître que ces moyens sont insuffisants et que la Confédération ne peut pas se désintéresser de cette œuvre.

Les Chambres fédérales avaient adopté sans opposition le nouvel article constitutionnel et le peuple a ratifié leur décision par 165.000 voix contre 107.000 voix. La proportion relativement forte des voix opposées est due essentiellement à la crainte de voir la Confédération intervenir par des mesures bureaucratiques dans le domaine que lui ouvre le nouvel article de la constitution ; mais elle s'explique aussi par l'active propagande des adeptes de la « médecine naturelle » dans la Suisse allemande. En tout état de cause, elle invite le législateur à faire un usage prudent de la nouvelle compétence qui lui a été accordée.

Le projet a réuni également la majorité des cantons dont 17 1/2 se sont prononcés en faveur du nouvel article constitutionnel et 4 1/2 contre. Tous les cantons romands ont voté le projet. Il faut ajouter que la participation au scrutin a été particulièrement faible. Elle n'atteint pas même le tiers des électeurs inscrits.

La fréquence de la variole en Allemagne.

D'après les bulletins de déclaration officielle, centralisés par l'Office sanitaire impérial de Berlin, les cas de variole survenus en Allemagne, pendant la période écoulée de 1896 à 1910, forment un total de 3.584 avec 488 décès, ce qui correspond à un taux de mortalité de 13,62 0/0. La fréquence annuelle de la variole se chiffre ainsi par 239 cas. Huit fois la fréquence annuelle effective s'est maintenue au-dessous de cette moyenne : *minima*, 45 cas en 1897 et 92 cas en 1896 ; *maxima*, 392 cas en 1900, et 434 en 1908. Les taux de mortalité annuelle ont oscillé entre 8.09 0/0 et 18.36 0/0.

De ces 3.584 cas de variole, 1.036 concernaient des étrangers. La morbidité et la mortalité les plus élevées ont été relevés dans les districts qui avoisinent la frontière russo-autrichienne. La plupart des varioleux avaient été vaccinés dans des conditions qui ne devaient, selon toute apparence, leur conférer qu'une immunité insuffisante.

Le bon emploi

Tout récemment, une commission inspecta un asile d'aliénés. Le directeur, le docteur X., intéressa fort les visiteurs en leur faisant part de ses travaux sur l'alcoolisme. Dans son laboratoire, il se plut à leur montrer un malheureux chien sur lequel il se livrait à des expériences concluantes : deux fois par jour, il lui donnait de la soupe à l'absinthe.

Le pauvre animal s'en montrait de plus en plus friand. Cependant, il semblait bien malade : énorme, les yeux vitreux et les paupières boursouflées ; il était devenu hideux. En revanche, le docteur X... était radieux.

Du laboratoire on passa à la clinique. Dans la section des alcooliques, un homme s'avança résolument vers nos édiles et comme on lui demandait ce qu'il désirait, il répondit :

« Je voudrais qu'on me mette à la place du chien du laboratoire ! »

84e Année (Série XIIIe) — No 202 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 11 Juin 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 11 Juin 1913

ÉCHOS

Académie française

L'Académie vient de décerner pour la première fois, le prix Broquette Gonin, d'une valeur de 10.000 francs. Ce prix destiné à récompenser l'auteur d'un ouvrage philosophique, politique ou littéraire jugé susceptible d'inspirer l'amour du vrai, du beau et du bien, peut-être distribué tous les cinq ans, s'il y a lieu.

L'Académie a décerné cette haute récompense à M. le professeur Grasset (de Montpellier) pour l'ensemble de ses travaux.

En remerciant l'Académie de cette distinction, M. le professeur Grasset a fait savoir qu'il comptait utiliser le montant du prix à une œuvre en faveur des étudiants de la Faculté de Montpellier.

M. Grasset se propose de créer une bourse qui serait attribuée tous les trois ans à l'un des candidats à l'agrégation, élève de la Faculté de Montpellier.

La Statistique de Paris.

Nous apprenons avec le plus grand plaisir la nomination de notre excellent ami le Dr A. Fillassier, membre de notre Comité de Rédaction et sous-chef à la Ville, comme chef du service de la statistique de la Ville de Paris. M. Fillassier est docteur en médecine et docteur en droit, lauréat de l'Académie de Médecine et ses nombreux travaux sur l'hygiène l'imposaient à la nomination du Préfet pour remplacer le Dr Bertillon.

Cours d'orthopédie du Dr Calot (de Berck) du 11 au 17 août 1913 à l'Institut orthopédique de Berck (7e année).

En sept jours, de 8 h. du matin, à 7 h. du soir, Enseignement de l'Orthopédie indispensable aux Médecins et du traitement des tuberculoses externes, coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches, adénites, luxation congénitale de la hanche, déviations, maladies des os et des articulations. *Traitement de la scoliose par la méthode d'Abbott, etc.*

Chaque jour, 5 heures de démonstrations cliniques et techniques faites par M. Calot et 5 heures d'exercices pratiques *individuels*, sous la direction et avec l'aide de M. Calot ou de ses assistants.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers. — Pour l'inscription, le programme détaillé et le mode d'installation à Berck, s'adresser dès maintenant au Dr Fouchet, chirurgien assistant de l'Institut Orthopédique à Berck-Plage (P.-d.-C.).

Le Cancer au XVIII[e] siècle

Contrairement à ce que l'on pense communément, ce n'est pas seulement de notre temps que l'on a préconisé les interventions chirurgicales contre le cancer.

Tout au début du XVIII[e] siècle, en effet, vivait un chirurgien né vers 1661, en Hollande, Adrien Helvétius, qui était déjà partisan de l'intervention précoce; pour lui, la source et l'origine du cancer n'est autre qu'une petite coagulation de quelque goutte d'humeur dans une glande — coagulation due à la seule disposition de deux humeurs qui se rencontrent ou par quelque accident.

Sur 30 personnes atteintes de cancer, il n'y en a pas deux, dit-il, qui n'invoquent quelque coup à l'endroit où le mal s'est formé, ou bien, un effort ou autre traumatisme semblable, si léger que le sujet ne lui a accordé aucune attention.

Lorsque le cancer est arrivé à la période ulcéreuse, l'ablation de toute la mamelle s'impose.

Helvetius rapporte une observation à propos de laquelle il entre dans des détails assez curieux en ce sens surtout qu'à ce moment l'opération était fort peu connue.

L'opération, dit-il, fut faite par M. de la Vergne, premier chirurgien de S. A. R. Mademoiselle, en présence de M. Roberdeau, de vingt autres chirurgiens, et d'un grand nombre de personnes de condition et de savants d'un mérite distingué que la curiosité avait attirés pour voir une chose inconnue jusqu'alors en France.

L'opération se passa sans de grandes douleurs, sans aucun cri, sans répandre tout au plus que deux palettes de sang — avec douceur, avec facilité et avec promptitude.

La masse extirpée était énorme, dure, semblable à de la corne; bien que l'ablation eut été très large, le levain contenu dans la tumeur avait commencé de corrompre la surface de la peau, de la largeur de l'ongle du petit doigt.

Le 4[e] jour, la portion gangrenée s'élimina d'elle-même, il n'y eut pas de fièvre et la plaie très belle se cicatrisa sans inflammation.

Depuis ce temps, la malade est complètement remise; sa cicatrice est parfaite et la santé de la malade excellente.

Voici quel était le mode de pansement :

Le pansement est fait avec de la charpie sèche, entourée d'une serviette trempée dans de la bière, médiocrement chaude, dans laquelle on aura fait fondre du beurre frais.

On évite, par ce moyen, d'une manière merveilleuse, les inflammations qui surviennent d'ordinaire aux opérations et qui attirent après elles une infinité d'accidents.

Le procédé d'hémostase indiqué par Helvétius n'est pas sans intérêt.

Elle se fait avec des bols et les différentes préparations en usage. Mais le meilleur des hémostatiques est le *Crepitus lupi*, vulgairement appelé « vesse de loup », champignon de la famille des Lycoperdons — qui arrête le sang d'une *manière surprenante*; sans occasionner ni douleur, ni escharre, comme le font les vitriols.

On choisit le lycoperdon le plus poudreux et le plus gros; on le coupe par tranches qu'on applique sur les artères ou les veines ouvertes; pour enlever ces tranches, on les bassine avec un peu d'eau tiède, car il se forme une espèce de colle très adhérente avec le sang. Le chirurgien fait ensuite le pansement comme plus haut.

Découverte de la Vaccine

Les découvertes demandent d'habitude beaucoup de temps et de réflexion. L'exemple de *Jenner* est caractéristique à cet égard.

Smiles, l'auteur de *Self-Help*, donne les renseignements suivants concernant ce point d'histoire médicale.

« Une fille de la campagne étant venue un jour consulter à Sodburg l'homme de l'art, auprès duquel Jenner, jeune alors, étudiait, la fille des champs, sur la mention qui lui fut faite de la petite vérole, s'écria : « Je ne puis l'avoir, car j'ai eu la vaccine ». Jenner se mit aussitôt à faire des recherches et des observations sur ce sujet. A Londres, il eut le bonheur d'étudier sous John Hunter, auquel il communiqua ses vues. L'avis du grand anatomiste est fort caractéristique : « Ne pensez pas, *essayez*; surtout soyez patient et exact. » Cet avis rendit le courage à Jenner. Il poursuivit ses observations pendant vingt-cinq ans. Sa foi professionnelle était si complète qu'il vaccina son propre fils trois fois. Enfin, il exposa ses vues dans un in-quarto d'environ 70 pages, où il donna les détails de 23 cas, dans lesquels la vaccination avait si parfaitement réussi, qu'il avait été impossible après cela de communiquer, soit par contagion, soit par inoculation, la petite vérole aux sujets vaccinés. Ce traité fut publié seulement en 1798, quoique Jenner eût travaillé à développer ses idées depuis 1775, époque à laquelle elles commencèrent à prendre forme.

La bonne Cuisine française

Drôlatiques, amusantes et bien vraies les maximes du *club des Cent* :

— Le *club des Cent* favorise spécialement les bons petits hôtels, les bonnes petites auberges tenus par le patron.

— Nous ne recommandons les hôtels chers que si le luxe n'est pas payé aux dépens de la cuisine saine. Nous mangeons des biftecks, non des fauteuils Louis XV.

— Un hôtel propre, mais où l'on ne mange pas à la perfection, n'est qu'une boîte propre.

— Dans un bon hôtel, on est reçu par le patron.

— Le *club des Cent* exige de la bonne cuisine française.

— La bonne cuisine française se fait avec des ingrédients frais : des légumes frais, des œufs frais, du beurre frais, du lait frais.

— On reconnaît un bon hôtel à la qualité du café. Pas de chicorée. Le café se fait lentement, avec de l'eau bouillante. Tout café préparé d'avance est du mauvais café.

— Tout hôtelier qui n'a pas une spécialité, une recette où il excelle, n'est pas digne du *club des Cent*. Celui qui ne conserve pas, derrière les fagots, quelques bonnes vieilles bouteilles pour les connaisseurs, n'est qu'un vil gargotier.

— La cuisine française ignore les potages achetés en bouteilles ou en boîtes chez l'épicier.

— A bas la gélatine! A bas la colle de poisson!

— Toute gelée à la gélatine est un nid à microbes.

— Pas d'extraits chimiques!

— Pas de sauces fabriquées dans les usines.

— Pour la préparation des repas, le *club des Cent* n'admet pas d'autre usine que la cuisine.

— La grande cuisine est souvent l'ennemie de la bonne cuisine.

— A bas les écoles de cuisiniers inventées dans les pays où on ne sait pas manger! On n'apprend pas à cuisiner dans une école. On apprend à cuisiner en ayant du goût pour le fin manger, dans une bonne cuisine française.

— Un cuisinier n'est pas un ouvrier; c'est un artiste. Un cuisinier qui se considère comme un ouvrier doit changer de métier. Il n'est pas digne de sa noble profession.

— Prenez du personnel dans votre pays. Le *club des Cent* se refuse à descendre chez les hôteliers qui emploient des gens aux accents bizarres : Les Suisses en Suisse, les Italiens en Italie, les Français en France.

— Pas de mouches. Elles naissent dans les W.-C., d'où elles sortent pour faire du grand tourisme dans la cuisine.

De l'influence de l'Église sur l'Histoire de la Médecine

La conception de la médecine antique, notait tout récemment M. le D[r] Jayle, dans une conférence à la Société de l'Internat, tendait à l'unité de thérapeutique. Hippocrate était à la fois médecin et chirurgien. La division entre médecins et chirurgiens remonte à l'époque où le centre de l'activité scientifique s'est trouvé transporté vers l'ouest de l'Europe et où la direction du mouvement scientifique est passée entre les mains de l'Eglise. Les médecins furent des clercs et l'esprit dogmatique de l'Eglise domina l'art médical. L'expérience fut entièrement rejetée et, avec elle, toutes les manœuvres manuelles. Le médecin-clerc rejeta la chirurgie qui fut abandonnée à des mains regardées comme plus humbles.

En même temps, se développait l'esprit corporatif : les médecins fondèrent la Faculté de Médecine, les chirurgiens, la Confrérie de Saint-Côme. Du XIII[e] au XIX[e] siècle, médecins et chirurgiens luttèrent entre eux. La Révolution brise et la Faculté et le Collège de chirurgie. Vicy d'Arcy écrit qu'il faut rendre la médecine à la chirurgie et la chirurgie à la médecine et revenir à la conception antique.

A cette époque, sous l'influence de cette idée du retour à la conception antique, des médecins pratiquent l'ensemble de la thérapeutique. Ainsi Récamier, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, pratique le curettage et l'hystérectomie vaginale. Ainsi encore, Trousseau est nommé le même jour chirurgien de l'hôpital de Tours et agrégé en médecine de la Faculté de Paris. Mais ce retour vers la conception antique ne devait pas durer, Les concours ont à nouveau divisé les médecins en médecins et en chirurgiens.

Actuellement, on tend à revenir aux Grecs en bien des choses.

En médecine, il y a une tendance à reprendre leur conception générale de la thérapeutique. Mais comme la science médicale s'est développée extraordinairement, il en résulte qu'on ne peut s'adresser qu'à une de ses branches répondant à un système d'organes.

Ainsi, on peut étudier et traiter à la fois du point de vue médical et chirurgical les affections des yeux, de l'appareil urinaire, du systeme génital de la femme, etc.

Ce retour à la conception médicale des anciens et de la Révolution serait très favorisé par une mesure administrative : la création de services de spécialités pour tous les hôpitaux. Il est bien entendu que la pathologie générale doit rester la base inébranlable de toutes les spécialités.

SUR UN SYNDROME DE RÉINFECTION Au décours des Etats broncho-pulmonaires DE LA PREMIÈRE ENFANCE

Par MM. les Docteurs RIBADEAU-DUMAS, PHILBERT et Mme WOLFROMM

On sait que chez les nourrissons, les affections des voies respiratoires revêtent une gravité toute spéciale. Une trachéo-bronchite simple, un catarrhe nasal bénin en apparence, une laryngite se compliquent souvent d'une broncho-pneumonie rapidement mortelle. Dans certains cas, la localisation infectieuse, pulmonaire même, semble comporter un pronostic favorable ; la fièvre est tombée, les signes d'auscultation disparaissent, l'état général est bon, quand survient un ensemble symptomatique d'une surprenante gravité et suivi de la mort à brève échéance. Il en a été ainsi pour un certain nombre d'enfants que nous avons observés ces temps derniers. A la suite de manifestations morbides qui, à un examen attentif, comportaient un bon pronostic, nous avons vu se constituer un syndrome de réinfection, toujours à peu près semblable à lui-même, dont l'apparition annonçait une terminaison prochainement mortelle. Ce syndrome était représenté d'abord par des vomissements, puis par une élévation très haute et très rapide de la température, la réapparition de signes pulmonaires, enfin par des symptômes nerveux précédant la mort de peu de temps. Voici, d'ailleurs, brièvement résumés, quelques-uns des faits que nous avons pu recueillir :

Obs. I. — L..., Henriette, 4 mois, née à terme, de parents bien portants, est amenée à la crèche de l'hopital Trousseau parce qu'elle tousse depuis trois jours. Assez chétive d'aspect, elle ne pèse que 3 kilogrammes 870. Elle est cyanosée, très dyspnéique. Aux poumons, on entend en avant quelques gros râles muqueux disséminés, en arrière aux deux bases et au sommet du poumon droit des foyers de râles fins. Il lui est fait des injections de 150 à 200 centimètres cubes d'oxygène. Très rapidement, l'état pulmonaire s'améliore, la dyspnée s'atténue et, quatre jours après la rentrée de l'enfant à la crèche, les signes pulmonaires ont complètement disparu. La fièvre, qui était montée à 40 degrés, retombe à 37 degrés, le poids remonte à 4 kilogr. 130. Mais bientôt, le douzième jour, surviennent, une heure environ après la tétée, des vomissements ; ces vomissements persistent ; le 16 janvier, la température atteint 39 degrés, on note une agitation extrême, des vomissements, une inappétence absolue et, aux poumons, une nouvelle poussée de râles fins qui s'entendent surtout dans la région hilaire droite. Trois selles liquides. Puis la température atteint 41°6 et l'enfant meurt trente-six heures après le début des accidents.

A l'autopsie, on ne trouve pas de grosses lésions apparentes. Les poumons ne présentent aucun foyer broncho-pneumonique ni pneumonique, mais ils ont en totalité une teinte rouge vif et, à la section, on voit s'écouler une grande quantité de liquide rose spumeux. Au hile, les ganglions un peu gros sont également rouges. Pas de lésions tuberculeuses visibles. Le foie, gros, pâle, est parsemé de larges taches blanches, la bile vésiculaire épaisse et filante a une coloration brun verdâtre. Les reins sont gros, pâles, riches en arborisations vasculaires. On retrouve cette hyperémie au cerveau, la pie-mère œdématiée regorge de liquide clair, au niveau de la base de la scissure de Sylvius et de l'extrémité des lobes temporaux ; ses vaisseaux sont injectés de sang noir ; l'écorce cérébrale a une teinte hortensia. L'estomac a la forme d'une cornemuse, il est extrêmement volumineux, le rebord épiploïque se porte en avant, la région pylorique est dilatée. A la section, il apparaît rempli de lait coagulé, de filaments muqueux ; quelques-uns de ceux-ci, dans la région du fond, prennent une coloration noirâtre marc de café. Quelques ecchymoses. Intégrité apparente du duodénum et de l'intestin.

Bactériologiquement, nous avons examiné le liquide pie-mérien, l'exsudat de l'œdème pulmonaire, le suc splénique. Nous y avons trouvé, à l'exclusion de tout autre germe, des diplocoques immobiles, encapsulés, restant colorés par la méthode de Gram. Leur culture donne des colonies typiques de pneumocoques. Ces microorganismes restent avirulents pour la souris après injection sous la peau et dans la cavité péritonéale du liquide céphalo-rachidien et des produits de culture, celle-ci n'ayant été faite qu'une fois.

Obs. II. — Dup..., Gabriel, 3 mois, pesant 4 kilogr. 670, né de parents bien portants, était en parfaite santé quand, le matin de son entrée à l'hôpital, à deux heures, il se réveille brusquement en poussant des cris perçants. Sa mère remarque que son cou est gonflé et rouge du côté droit. A l'examen il présente en effet une tuméfaction de l'espace sous-maxillaire droit, s'étendant sur le côté correspondant du larynx et dépassant la ligne médiane. L'œdème est rouge, dur, sans adénopathie sous-jacente. La température atteint 39°4. Rien au poumon ; les piliers du voile, la luette et l'épiglotte sont rouge vif, le cri est un peu rauque. Il s'agit vraisemblablement de laryngite et d'œdème périlaryngé. Rapidement, d'ailleurs, les phénomènes s'amendent, l'œdème disparaît, la température ne dépasse pas 37 degrés, l'enfant boit bien et on pense à le rendre à ses parents malgré l'apparition d'un ou deux vomissements quand tout à coup la température monte en vingt-quatre heures de 37°8 à 40°5. On trouve quelques râles disséminés dans les poumons. L'enfant est agité, il a du nystagmus, de la raideur de la nuque, la grande fontanelle est fortement tendue; l'un de nous fait une ponction lombaire. Le liquide sort avec abondance; il est louche, légèrement ambré, il ne forme pas de dépôt, mais, en agitant le tube dans lequel il a été reçu, on voit se former des ombres moirées, tout comme un bouillon de culture riche en bactéries. Une nouvelle ponction faite le lendemain matin permet de retirer un liquide de mêmes caractères. Brusquement l'enfant meurt trente-six heures environ après la reprise de la température. L'autopsie n'a pu être faite. La cuti-réaction avait été négative.

L'examen du liquide de ponction révèle une quantité prodigieuse de micro-organismes contrastant avec un nombre infime d'éléments cellulaires, surtout lympbocytaires. Ces microbes sont des diplocoques en flamme de bougie, immobiles, gardant le Gram. Ils poussent aisément sur gélose simple ou gélose au sang. Les cultures se présentent sous forme de saillies papuleuses, arrondies, transparentes, plus opaques sur gélose au sang. Le liquide n'était pas pathogène pour la souris ; la culture injectée à la souris, au cobaye, au lapin a paru avirulente. Ce pneumocoque était cependant soluble dans la bile (Cottoni).

Obs. III. — Rah..., Maurice, 1 an, est malade depuis trois jours. Son frère est soigné pour une grippe bénigne. C'est un bel enfant, sans signe de rachitisme. Il présente une dyspnée légère et une respiration bruyante due à l'existence d'une rhinite. La gorge est rouge sans points blancs, les gencives sont tuméfiées. L'enfant perce plusieurs dents. Aux poumons, on trouve des râles ronflants et disséminés : il semble qu'il s'agisse d'une bronchite simple. La température, qui, au début, ne dépassait pas 39 degrés, atteint 40 degrés trois jours après le premier examen ; à ce moment, on constate de la submatité à la base gauche et, en ce point, un foyer de râles sous-crépitants, très fins. Ces signes ne persistent pas ; la température retombe à 38 degrés, ou ne perçoit dans la poitrine que quelques gros râles, muqueux. L'enfant entre en pleine apyrexie mais surviennent un ou deux vomissements abondants, succédant immédiatement à la tétée ; à ce moment l'estomac forme saillie à l'hypogastre. L'enfant maigrit rapidement et perd 100 grammes par jour. Brusquement, le neuvième jour de la maladie, la température monte à 40 degrés, on constate quelques légères convulsions, du hoquet et l'enfant meurt vingt-quatre heures après le début de ces accidents. Une ponction lombaire n'avait donné aucun résultat. La cutiréaction était restée négative.

Obs. IV. — Gr..., Robert, 4 mois, est amené à l'hopital parce qu'il a un peu de diarrhée et qu'il tousse. C'est un enfant chétif mesurant 54 centimètres. Sur les os longs, il ne présente pas de symptôme de rachitisme, mais, on constate un ramollissement extrême des os du crâne, du chevauchement de ces os et une suture frontale particulièrement large. Aux poumons on note quelques râles. La température est à 39°5. Rapidement ces phénomènes s'amendent, la diarrhée disparaît, l'enfant entrant en convalescence gagne du poids. Cinq jours après le premier examen, la température monte de 37 à 40 degrés. On trouve du Kernig, de la raideur de la nuque, de l'agitation, les fontanelles sont tendues. Malgré ces symptômes qui font penser à une méningite, la ponction lombaire ne montre qu'un peu de tension du liquide, sans albumine ni éléments anormaux. Vomissements, selles liquides. L'état reste le même les jours suivants avec quelques oscillations thermométriques. Souffle tubaire au sommet du poumon gauche sans râle. Les vomissements persistent, puis la mort survient annoncée quelques heures auparavant par des convulsions.

A l'autopsie, aux poumons, on trouve une hyperémie assez marquée avec exsudat rougeâtre des alvéoles surtout dans la région du hile. Pas d'exsudat pneumonique. Congestion et œdème de la pie-mère, teinte hortensia des circonvolutions cérébrales, pas de distension ventriculaire. Les reins gros et rouges présentent à la coupe des infarctus septiques assez nombreux. Le foie est gros, pâle, parsemé de taches blanches. Comme dans les observations précédentes, l'estomac semble atone et dilaté. La rate est un peu grosse. Rien d'apparent au cœur.

Bactériologiquement, nous avons trouvé du pneumocoque dans le liquide céphalo-rachidien, l'exsudat pneumonique et les infarctus septiques. L'injection de ces produits et des cultures à la souris n'a été suivie d'aucun résultat.

Dans ces quatre observations on voit la mort survenir suivant un processus toujours identique à lui-même. A la suite d'une infection primitive grave ou bénigne, un rhume, une laryngite, une bronchite ou une broncho-pneumonie, l'apyrexie complète ne tarde pas à apparaître, les symptômes pathologiques s'atténuent ou s'effacent, mais bientôt surviennent de temps en temps des vomissements, le thermomètre monte légèrement ; puis brusquement, au bout d'un temps variant de un à quinze jours, après l'évolution du premier épisode, les vomissements augmentent, on note deux ou trois selles liquides, la température atteint 40 degrés ou plus et le petit malade meurt après avoir présenté quelques signes cérébro-méningés,

Nous ne pensons pas que ce syndrome soit l'expression de la détermination d'une complication infectieuse sur un organe isolé et dont l'altération aurait été suffisante pour déterminer la mort. Dans les cas où nous avons pu faire l'autopsie, tous les organes étaient gravement atteints. Le foie, les reins présentent d'importantes lésions dégénératives. L'estomac est gros, en cornemuse et présente sur la muqueuse du bas-fond pylorique des ecchymoses et des suffusions hémorragiques. Sa dilatation n'est pas un phénomène cadavérique, puisqu'on la constate

sur le vivant et que nombre d'enfants atteints de broncho-pneumonie et présentant à la convalescence quelques vomissements ont précisément, comme les rayons X permettent de le constater, un estomac atone. Quant aux poumons, ils sont uniformément rouges, ils sont œdémateux,et la section fait écouler un liquide spumeux, saumonné, abondant. L'écorce cérébrale hypérémiée a une belle teinte hortensia; sur la coupe, cependant, rien n'autorise à distinguer les lésions des cellules pyramidales de ce que l'on voit couramment à leur niveau dans les autopsies. L'état des méninges est intéressant à étudier; les vaisseaux sont gorgés de sang, les espaces sons-arachnoïdiens sont infiltrés de liquide; il s'agit là d'une méningite séreuse, mais pendant la vie une seule fois la ponction lombaire nous a permis de l'isoler des autres symptômes.

D'ailleurs, lorsque le stade prodromique a été suffisamment long pour se prêter à l'observation, l'atonie gastrique, l'élévation légère de la température existaient déjà indépendamment de tout symtôme cérébro-méningé. Dans tous les cas, il n'en reste pas moins curieux de rapprocher les phénoménones cliniques survenus aussi brusquement de la nature congestive, œdémateuse et dégénérative des lésions viscérales.

A l'explication des faits anatomiques, la bactériologie apporte un appoint intéressant. Avec toutes les réserves que comporte un examen nécropsique fait vingt-quatre heures après la mort, nous ferons remarquer que, dans les deux cas étudiés à ce point de vue, nous avons trouvé partout les pneumocoques en abondance. Nous les avons constatés dans le liquide d'œdème pulmonaire, dans le foie, dans le liquide céphalo-rachidien, dans les infarctus rénaux : des microorganismes pullulaient sur les frottis. D'autre part, dans le cas où des symptômes de méningite étaient apparus, le liquide clair, pauvre en éléments cellulaires, fourmillait de microbes, réalisant le tableau de ces méningites séreuses avec envahissement microbien massif du liquide céphalo-rachidien dont nous avons publié avec Debré une étude d'ensemble (1).

Peut-on dire, en présence de pareilles constatations, qu'il s'agissait d'une méningo-encéphalite ou de toute autre altération viscérale prédominante? Une telle interprétation serait insuffisante et il semble plus probable et plus satisfaisant d'admettre une diffusion dans la totalité de l'organisme des pneumocoques qui créent dans tous les viscères des lésions dont l'importance n'échappe pas à l'examen macroscopique.

Il semblerait qu'en pareilles circonstances on puisse incriminer plus spécialement la virulence du germe pathogène. Mais cette supposition ne paraît guère susceptible de rendre compte de la marche de la maladie qui, comme nous l'avons signalé, a évolué en deux stades, l'un bénin, l'autre brusquement et rapidement mortel. D'ailleurs, nous n'avons pas à notre disposition de moyens précis nous permettant d'apprécier la virulence du pneumocoque que les recherches bactériologiques ont permis d'isoler.

Pas plus que les exsudats, les cultures n'ont pas été capables de tuer la souris. Un échantillon confié à Cotoni (2), qui dans sa thèse a étudié ce qu'il fallait entendre par la virulence des pneumocoques, n'a pas donné de résultats expérimentaux assez constants pour qu'on puisse apprécier sa virulence pour l'homme. On doit cependant noter la végétabilité extraordinaire du pneumocoque chez nos petits malades, puisque nous l'avons trouvé en abondance dans les exsudats pathologiques.

Nous avons cherché si l'on ne pouvait trouver dans l'évolution clinique des faits des raisons susceptibles d'apporter une explication plausible de ces invasions microbiennes brusques et mortelles à brève échéance. A vrai dire, nous ne pouvons rien certifier, en raison des difficultés de l'exploration sur l'espèce microbienne qui est intervenue dans l'infection initiale; cependant la nature et l'évolution des troubles morbides, l'état épidémique actuel, qui nous met en présence surtout de déterminations pneumococciques, nous font admettre que ces bronchites, ces broncho-pneumonies, ces laryngites du début ressortissent au même germe que celui que nous avons isolé dans les produits pathologiques de nos petits malades. On peut donc se demander si dans les faits que nous rapportons il ne s'est pas produit des réaction spéciales de l'organisme, analogues à celles qui ont été signalées dans les réinfections. On sait, depuis les travaux de Ch. Richet, qu'un animal qui reçoit, dans des conditions expérimentales convenables, des injections d'une substance toxique, bien loin d'être immunisé, est, au contraire, sensibilisé vis-à-vis de cette substance. De même, v. Pirquet a décrit, sous le terme d'allergie toutes les modalités cliniques et expérimentales par lesquelles un organisme réagissait lorsqu'on lui inoculait à nouveau le germe d'une infection contre laquelle il était immunisé. Parmi les exemples récents d'allergie dans les infections, nous relevons l'anaphylaxie typhique que Delanoë a étudiée chez les animaux. Contrairement au chien ou au lapin, le cobaye à qui l'on injecte du bacille d'Eberth s'anaphylactise facilement si on a soin de réinfecter l'animal par la voie intraveineuse. En clinique, H. Escallier (1) a montré, dans une thèse inspirée par Rist, qu'on pouvait admettre l'existence d'une allergie typhique, semblable à l'allergie vaccinale de v. Pirquet. D'après lui, on peut distinguer dans la rechute de la fièvre typhoïde des réactions atténuées dans la durée et dans l'intensité, dans la durée seule ou dans l'intensité seule, et, au contraire, des réactions graves anaphylactiques ou hyperergiques, où prédominent les phénomènes de sensibilisation.

C'est à des faits de cet ordre que nous aimerions comparer ce que nous avons observé. Le nourrison est infiniment plus sensible que l'adulte au pneumocoque. Chez lui, la première manifestation pneumococcique apparaît généralement à l'un des organes de l'appareil respiratoire. Après la disparition plus ou moins complète de l'infection initiale et après un stade prodromique de durée variable, parfois très courte, brusquement peut se constituer un syndrome grave, tuant le sujet en deux ou trois jours. L'enfant sensibilisé par une première atteinte est en état d'hyperergie et l'une des expressions les plus curieuses de cet état est la pullulation microbienne dont peut justifier grossièrement entre autres l'envahissement massif du liquide céphalo-rachidien par le germe pathogène.

(1) *Presse médicale*, 16 janvier 1909, n° 5.

(2) Cotoni. La virulence des pneumocoques. *Thèse*, Paris 1912.

(1) Escallier. Rechute de fièvre typhoïde et allergie typhique. *These*, Paris, 1912.

MAUVAIS CAFÉ

Tout le monde en parle, et sa réputation est si fâcheuse qu'à côté de lui l'*acqua toffana* n'est qu'un élixir inoffensif.

Le café turc est fait avec le caféier du Yémen. Après la cuisson, il donne un breuvage d'un blond de miel, très doux à l'œil, tandis que son parfum exquis, rappelant un peu l'iris, fait les délices de l'odorat. Offert au naturel, sans le mélange de plantes étrangères, ce café turc est réellement de l'ambroisie. Pour les jeunes orientales, il n'existe pas de régal plus voluptueux que de humer la liqueur divine, tout en fumant des cigarettes de Stamboul. Tel que Dieu l'a fait naître, il est la joie des femmes du Harem. Mais quand on doit le servir aux gens dont on veut se débarrasser courtoisement, en leur procurant une mort rapide et agréable, on y ajoute pendant la cuisson, — le café turc n'est pas filtré, — des extraits de rhus, de bryone, de gratiole, d'anémone, et aussi d'aconit et de cévadille. Ces deux substances, la dernière surtout, qui donne la vératrine, — doivent constituer la base du « mauvais café » bien conditionné.

Un nouveau Symptôme d'Appendicite chronique

LE SIGNE DE BASTEDO

Par M. Gustave MONOD

Membre du Collège Royal des Médecins de Londres
Médecin consultant à Vichy

Bastedo, de New-York, dans un travail lu devant la Société Médicale de Richmond, en mars 1909, a décrit un signe auquel il attribue une grande valeur pour faire le diagnostic positif des inflammations appendiculaires chroniques; il est revenu sur ce même sujet deux ans plus tard (1) et, pendant ces derniers mois, Rost (2), Dreyer (3) et Slavinsky (4), en Allemagne, Hertz (5) en Angleterre, ont publié des travaux confirmant ses observations.

Le signe consiste à chercher à provoquer de la douleur dans la fosse iliaque droite par insufflation d'air dans le colon. A cet effet, Bastedo conseille d'introduire dans le rectum une sonde de 30 centimètres, mais les expériences de Goodhart et de Hertz montrent qu'une sonde est toujours assez profonde dès qu'elle dépasse l'ampoule rectale (soit 5 cent. de l'anus). Après l'introduction, le sujet doit se coucher sur le dos, la sonde est ramenée entre les jambes et, par le moyen d'un raccord en verre, on y adapte une poire analogue à celle que l'on emploie avec le sigmoidoscope. Il n'y a plus qu'à pomper doucement et, assez rapidement, un sujet sain accuse une impression pénible de pesanteur dans le basventre; si l'on insiste, on éveille une impression douloureuse, mais également marquée des deux côtés.

Si notre sujet est atteint d'appendicite, il accuse de la douleur dans la fosse iliaque droite, alors même que la douleur spontanée primitive n'ait jamais siégée à ce niveau, mais à l'épigastre ou dans la région ombilicale. Chaque fois que cette douleur profonde est éveillée on note une sensibilité spéciale au point de Mac Burney. Si cette sensibilité existait avant le test, elle est alors exagérée. Un autre symptôme caractéristique, sur lequel Hertz insiste, est le suivant : si, après insufflation, on explore la fosse iliaque, on éveille à distance la douleur épigastrique, et cette douleur provoquée est exactement semblable à la douleur spontanée dont se plagnait le malade auparavant.

A comparer ce signe au signe de Rovsing où la douleur de la fosse iliaque est provoquée par la pression du colon descendant, il semble que, de part et d'autre, le mécanisme soit identique, mais, faute de la présence d'une quantité suffisante de gaz, il est rare que le signe de Rovsing nous renseigne.

Le seul cas indiscutable où, avec un signe de Bastedo positif, on ne trouva pas d'appendicite est un cas de Rost... sur un sujet appendicectomisé! mais on trouva une bande d'adhérence pericœcale, dont le tiraillement expliquait évidemment la douleur provoquée.

Par contre, dans deux cas, avec un Bastedo négatif, on observa des crises appendiculaires dans les six mois qui suivirent le test.

Evidemment nul symptôme n'est infaillible, mais parmi tous les signes que l'on nous a donnés pour résoudre une question qui engage, et si fréquemment, notre responsabilité, je n'en connais aucun plus sûr, aucun plus simple.

(1) W. A. Bastedo, *Amer. Journ. Med. Sci.*, Philadelphie, 1911, p. 11.
(2) Dreyer, *Münch. Med. Wochenschr.*, 1912, cix, p.1845.
(3) Rost, *ibid.*, p. 2055.
(4) Slavinsky, *ibid.*, *ibid.*
(5) A. F. Hertz, *Proceedings of the Roy. Soc. of Med.*, avril 1913.

Forme, situation et fonctionnement DE L'ESTOMAC NORMAL

Par M. le Docteur THOOFT
médecin de régiment de 1re classe de l'armée belge

Un grand nombre de travaux ont mis en évidence toute l'importance des services que peut rendre la radioscopie, tant dans le domaine de la médecine et de la physiologie que de la thérapeutique. La radioscopie gastrique, notamment, a permis de préciser et de compléter nos connaissances relatives à la forme et à la position de l'estomac ainsi qu'à la physiologie de la digestion.

Cette méthode, utilisée depuis une quinzaine d'années, a subi des perfectionnements successifs. A l'état normal, l'estomac ne donne pas d'ombre distincte sur l'écran fluorescent, sauf chez les nourrissons et, exceptionnellement, chez l'adulte, quand il existe de l'aérophagie à un degré accentué. Aussi, est-il nécessaire de recourir à certains artifices pour établir un contraste entre l'opacité de l'estomac et celle de la masse abdominale.

Primitivement on avait recours à l'emploi de sondes métalliques introduites par l'œsophage. L'image ainsi obtenue était très imparfaite ; la sonde déprimait les parois de l'estomac et on ne parvenait guère, de cette façon, qu'à déterminer la situation de la grande courbure.

On sait que le sous-nitrate de bismuth est fortement opaque aux rayons X et projette sur l'écran une ombre très noire et bien distincte. On l'utilisa d'abord sous forme de capsules gélatineuses, de cachets ou de pilules qui, en glissant le long des parois de l'estomac, pouvaient ainsi en dessiner les contours.

En introduisant des gaz dans l'estomac, soit par insufflation, soit en faisant absorber des préparations effervescentes, on peut faire apparaître cet organe sous forme d'une zone claire ; mais la distention opérée par le gaz en modifie inévitablement l'aspect et même la situation.

Une nouvelle ère, pour l'examen de l'estomac par les rayons de Rœntgen, s'est ouverte quand Rieder a eu l'idée d'incorporer le bismuth à des bouillies épaisses, à de véritables repas.

Cette pratique a permis, notamment à Holzknecht et à ses élèves, de faire des observations très intéressantes. Cet auteur a eu, en outre, le grand mérite de montrer tous les avantages que présente sur le cliché radiographique l'étude directe de l'image obtenue sur l'écran fluorescent.

La radioscopie donne des renseignements plus nombreux et plus variés et peut, seule, permettre d'observer les différentes phases du fonctionnement de l'estomac.

La radiographie pourrait utilement fixer certains détails de contour et de structure de cet organe, mais ses mouvements propres ainsi que ceux qui lui sont imprimés par la respiration, empêchent d'obtenir une image suffisamment nette. Peut-être, un jour, pourra-t-on combler cette lacune en trouvant le moyen d'obtenir des épreuves instantanées.

Forme. — Un grand nombre de facteurs peuvent contribuer à modifier l'aspect et la position d'un estomac d'ailleurs normal. Citons entre autres : son élasticité plus ou moins grande, le développement irrégulier de sa musculature déterminant des contractions inégales aux diverses régions ; la stature de l'individu, son attitude, ses habitudes (polyphagie), son état constitutionnel, la pression intra-abdominale. Certaines affections des organes voisins surtout peuvent modifier considérablement la forme et la situation de l'estomac. C'est le cas lorsqu'il existe une augmentation de volume du foie ou de la rate, des tumeurs des viscères et notamment du pancréas, etc.

Dans les conditions habituelles, l'examen radioscopique montre généralement l'estomac constitué par trois segments (Leven et Barret).

Le premier segment, ou chambre à air, comprend la partie supérieure, sous-diaphragmatique, de forme ovoïde, sphérique ou en dôme, selon les cas. Les dimensions de cette zone claire varient avec l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac. Sa hauteur diminue à mesure que l'estomac se remplit ; sa largeur augmente à mesure que l'organe se distend et que ses bords s'éloignent.

Le deuxième segment, qui est le plus long, est sous-jacent au premier et son grand axe présente une direction verticale ou oblique à droite ; ses deux bords sont sensiblement parallèles et s'écartent au fur et à mesure que l'estomac se remplit.

Le troisième segment, ou juxtapylorique, représente la région la plus déclive de la cavité gastrique. Il est horizontal ou légèrement descendant ou ascendant vers la droite. Sa hauteur augmente en même temps que s'accroît la largeur du deuxième segment, et par le même mécanisme.

Les deuxième et troisième segments réunis constituent la portion tubulaire.

Cette forme générale de l'estomac est quasi unanimement admise par tous les auteurs qui se sont occupés de l'étude de cet organe au moyen des rayons de Rœntgen. Les divergences ne portent que sur quelques points de détail.

L'aspect de l'estomac, tel qu'il nous est révélé par la radioscopie, diffère donc essentiellement de celui décrit par les anatomistes, et surtout les anatomistes du siècle dernier.

Position. — L'estomac est situé dans l'hypochondre gauche et la région épigastrique, à gauche de la ligne médiane. D'après Lichtenhelt, le segment pylorique peut parfois déborder la ligne médiane à droite, mais toujours sur une très faible étendue. Holzknecht, Romhes et d'autres, n'ont jamais rencontré le cas.

Autrefois, on affirmait que l'estomac était plus ou moins horizontal et transversal, et cette erreur se retrouve parfois encore dans des ouvrages modernes.

Les opérations actuelles de chirurgie abdominale, pratiquées sur une si grande échelle, ont permis de faire de l'anatomie sur le vivant, et les observations faites ont beaucoup contribué à modifier les descriptions classiques.

Comme nous l'avons vu plus haut, la radioscopie démontre que l'estomac normal est le plus souvent vertical ; quelquefois, mais très rarement, oblique. Seul, le segment juxtapylorique est tantôt horizontal, tantôt légèrement ascendant ou légèrement descendant vers la droite.

La limite inférieure de l'estomac, constituée par le point le plus déclive de la cavité gastrique, correspond le plus souvent à l'ombilic chez les sujets sains, examinés à jeun et en position debout. Parfois, mais assez rarement, ce point est situé à un ou deux centimètres au plus au-dessus de l'ombilic. Dans la position couchée, le point le plus déclive remonte généralement de un à deux centimètres.

D'après Leven et Barret, l'état de vacuité ou de réplétion de l'estomac, chez un sujet normal, serait sans influence notable sur la situation du point le plus déclive.

On a observé, exceptionnellement, chez certains sujets, que la limite inférieure de l'estomac peut descendre à trois, quatre et même six centimètres au-dessous de l'ombilic, sans que cet organe présente nécessairement des anomalies de dimension ou de position, ainsi qu'on le croyait jusqu'ici. Ce fait s'explique par l'instabilité de position de l'ombilic, dont les rapports varient avec la forme du diaphragme, la conformation du thorax, celle de l'abdomen, etc. Au lieu de l'ombilic, il conviendrait donc de choisir, comme point de repère, les reliefs osseux fixes : sternum, côtes, crêtes iliaques, épines iliaques antéro-supérieures, pubis.

L'âge peut contribuer à modifier la situation de l'estomac. D'après Ohratzow, cet organe descend rarement, chez les enfants âgés de moins de quinze ans, jusqu'à l'ombilic, tandis qu'il atteint d'ordinaire cette limite à un âge plus avancé. Sa position varie peu ensuite entre quinze et cinquante ans.

L'estomac des femmes descend généralement plus bas que celui de l'homme. On conçoit facilement que le relâchement des parois abdominales déterminé par la grossesse puisse avoir pour conséquence un abaissement de l'estomac. Mais le fait s'observe également en dehors de cette circonstance, et on pourrait être tenté de l'attribuer alors au port du corset. Cette hypothèse doit être écartée, car le phénomène se présente aussi bien chez la toute jeune fille et la paysanne, chez qui les méfaits du corset ne peuvent être accusés, que chez la femme adulte et la citadine qui font usage de ce vêtement depuis longtemps. La cause de l'allongement de l'estomac féminin reste encore à élucider.

Doyen, se basant sur des recherches anatomiques, a, le premier, signalé que l'orifice pylorique, qui termine le troisième segment, est situé au point le plus déclive de l'estomac, ou est très voisin de ce point. Cette notion a été confirmée successivement par la plupart des radiologues. Si cet orifice n'est pas au point le plus déclive, c'est qu'une coudure s'est produite et que le troisième segment a pris une direction nettement ascendante.

D'après Rieder, un cul-de-sac, de profondeur variable, existerait toujours dans la région prépylorique. Leven et Barret contestent cette affirmation, qui résulterait de la technique défectueuse de l'auteur. Ces observateurs ont toujours constaté sur l'homme sain la situation basse du pylore et la la présence d'un cul-de-sac leur paraît anormale.

Lorsque le pylore est au point déclive, on le rencontre, d'après Cerné et Delaforge, sur le bord gauche du rachis, empiétant à peine sur lui, au bas de la troisième vertèbre lombaire ou sur le disque sous-jacent, un travers de doigt au-dessus de la crête iliaque.

Les différents facteurs : stature, état de la nutrition, etc., énumérés plus haut et susceptibles de modifier la forme et la situation de l'estomac, peuvent produire le même effet en ce qui concerne le pylore, mais dans une moindre mesure, cet organe et la partie supérieure du duodénum étant fixés par un ligament au foie.

Physiologie gastrique. — Jusque dans ces derniers temps, divers problèmes de physiologie stomacale n'ont pu être étudiés que sur des animaux ou des hommes anormaux, tels le Canadien de Beaumont et le malade de Ch. Richet. On a utilisé, dans ce but, les fistules gastriques ou intestinales et on a eu recours au cathétérisme évacuateur.

Les renseignements fournis par ces recherches sont pour la plupart entachés d'erreurs.

Les nombreuses interventions nécessitées par cette technique spéciale doivent en partie modifier et fausser les résultats des expériences et on n'est pas en droit d'affirmer que les choses se passent de même chez l'homme à l'état physiologique.

Carnot a prouvé que les excitations psychiques, les excitations réflexes à distance (douleur au niveau d'une plaie), les excitations nerveuses au niveau de l'estomac (contact d'une sonde), etc., ont une influence considérable sur le jeu du pylore et, par conséquent, sur la vitesse de l'évacuation gastrique.

La méthode radioscopique, d'une application peu compliquée et donnant des résultats très précis permet de supprimer toutes ces causes d'erreur.

Leven et Barret ont entrepris par cette méthode un grand nombre de recherches, dont nous indiquons brièvement ci-après les résultats et les conclusions.

Pour remplir un estomac normal, il suffit d'une très faible quantité de liquide. On voit toujours, dès qu'on administre 30 ou 40 centimètres cubes d'eau à un sujet sain, onduler le liquide au contact de la chambre à air. Le fait de voir ainsi l'estomac se remplir immédiatement avec quelques cuillerées d'eau constitue un caractère des plus importants, sinon le plus important, de l'estomac normal. Cela s'explique en considérant que les parois de cet organe, grâce à la tonicité musculaire, sont accolées dans la portion tubulaire de façon telle qu'à l'état de vacuité il n'existe qu'une cavité virtuelle dans cette portion, qui se remplit à la manière d'un tube à diamètre très petit.

Quand après avoir dessiné l'estomac sur l'écran fluorescent on donne à boire au sujet jusqu'à 250 ou 300 centimètres cubes d'eau pure ou de bismuth gommé par fractions de 50 centimètres cubes, on observe successivement que le niveau du liquide dans la chambre à air ne varie pas malgré l'ingestion de doses croissantes ; que la limite inférieure de l'estomac ne s'est pas abaissée pendant ce temps ; enfin, que les bords de la portion tubulaire se sont écartés, agrandissant ainsi le diamètre transversal du deuxième et du troisième segment.

Quand on dépasse 300 centimètres cubes, on voit le niveau du liquide s'élever dans la chambre à air, dont la hauteur diminue, tandis que le segment tubulaire s'élargit encore transversalement, surtout vers sa partie supérieure.

Cela montre bien que l'état de réplétion de l'estomac, comme nous le disions plus haut, ne modifie guère la situation du point le plus déclive ; le viscère s'élargit mais ne descend pas.

Voyons maintenant de quelle manière s'opère l'évacuation de l'estomac normal.

Quand un sujet à jeun a absorbé 200 à 250 centimètres cubes d'eau pure, le niveau supérieur du liquide est très visible sous la zone claire en dôme. On constate, par l'abaissement progressif du niveau du liquide et par l'accroissement en hauteur de la zone claire, que l'évacuation commence aussitôt après l'ingestion.

Lorsqu'on a utilisé pour l'expérience du bismuth gommé, on observe, ce qui ne peut se faire avec l'eau pure, peu après l'ingestion des contractions dans le segment juxtapylorique et dans le quart inférieur du deuxième segment.

L'évacuation, chez l'adulte, de 200 grammes d'eau froide se fait généralement en dix minutes. Leven a noté que chez des enfants de cinq à dix ans l'estomac évacuait dans l'intestin 100 à 125 centimètres cubes d'eau en huit à treize minutes et 250 centimètres cubes en dix-neuf minutes.

L'eau chaude franchit plus rapidement le pylore que l'eau froide. Chez un même enfant de sept ans, on a observé que 125 grammes d'eau chaude étaient évacués en quatre minutes et 125 grammes d'eau froide en huit minutes.

Lorsqu'un aliment solide est absorbé simultanément le passage dans l'intestin de l'eau pure est considérablement retardé. Il suffit même de quelques bouchées de pain pour produire ce résultat.

Bien souvent en trouvant de l'eau dans l'estomac une demi-heure ou plus après l'ingestion, on a pu affirmer que les sujets avaient mangé en même temps qu'ils avaient bu.

Cela permet de comprendre pourquoi certaines eaux minérales jouissant de la propriété de produire une sécrétion rénale abondante perdent une grande partie de leur valeur thérapeutique lorsqu'elles sont prises aux repas.

Ainsi s'explique encore la diurèse produite par l'eau pure prise à jeun et aussi, peut-être, l'influence salutaire exercée sur les intestins paresseux par le verre d'eau bu le matin dans les mêmes conditions.

L'eau prise au moment des repas reste dans l'estomac, celui-ci renfermant des aliments solides. Elle dilue notablement le suc gastrique et distend le viscère par son propre poids, souvent plus considérable que celui des aliments solides, rendant ainsi la digestion plus difficile et plus pénible. La distension de l'organe est encore exagérée par le séjour prolongé de la masse liquide qui, si elle avait été prise avant le repas, aurait été rapidement évacuée vers l'intestin.

Nous trouvons vraisemblablement dans ces faits l'explication de la « dyspepsie des liquides » de Chomel, de la dyspepsie de ces malades qui voient leurs troubles digestifs s'améliorer, sinon disparaître en s'abstenant de boire aux repas.

Il est permis de croire que l'amaigrissement observé chez les personnes obèses qui ne boivent pas aux repas résulte de l'amélioration que cette pratique apporte à l'état dyspeptique intimement lié à la plupart des obésités.

Cet amaigrissement est surtout prononcé quand les intéressés boivent une demi-heure avant le repas, au lieu de boire à dix heures du matin et à quatre heures de l'après-midi, selon les pratiques habituelles. A ces heures, en effet, l'estomac n'est pas vide des repas antérieurs et les résultats sont beaucoup moins favorables.

L'évacuation du lait, chez l'adulte, demande généralement un temps assez considérable. Après ingestion de 200 grammes de lait non écrémé, le matin à jeun par des sujets normaux, on constate que l'estomac n'est vide qu'après deux heures un quart. 300 grammes de lait mettent deux heures trente à deux heures cinquante pour passer dans l'intestin.

Ces observations montrent que le lait ne peut être pris par les malades qu'à des intervalles assez considérables. Elles permettent de comprendre pourquoi le régime lacté est si souvent mal supporté quand, pour parvenir à faire prendre aux malades une quantité de lait suffisante, on est obligé de rapprocher les repas.

Le lait coupé d'eau, même par parties égales, n'est pas plus vite évacué dans l'intestin que le lait pur. L'examen radioscopique montre que, chez un même sujet, 150 grammes de lait additionné de 150 grammes d'eau mettent deux heures trente-cinq minutes pour être évacués, tandis que 300 grammes de lait sont évacués après deux heures cinquante minutes.

Quand l'eau, ainsi que nous l'avons dit, a été mélangée dans l'estomac à des aliments solides, elle passe beaucoup moins rapidement dans l'intestin. Il en est de même pour le lait. Un repas du matin composé de 300 grammes de café au lait avec du pain beurré est encore visible dans l'estomac au bout de trois heures et demie.

En ce qui concerne les aliments solides, la durée de leur séjour dans l'estomac est fort variable d'après les circonstances. Ainsi, un aliment ne restera pas longtemps dans l'estomac s'il doit être digéré dans l'intestin et si son volume ne l'empêche pas de franchir le pylore. Il en sera de même s'il provoque dans l'estomac une excitation motrice et secrétoire suffisante pour hâter son passage dans l'intestin. Cette durée varie encore avec la tonicité et la puissance contractile du muscle gastrique.

C'est donc une erreur de vouloir déduire le degré de digestibilité d'un aliment de la durée de son séjour dans l'estomac. Le lait reste dans l'estomac beaucoup plus longtemps que l'œuf et cependant des estomacs qui ne supportent pas les œufs digèrent le lait.

Il est bien difficile d'indiquer avec quelque précision au bout de combien de temps l'estomac doit avoir évacué son contenu dans l'intestin pour pouvoir être considéré comme normal.

Les nombreuses recherches faites dans ce but, en utilisant des repas à composition fixe (bouillie de Rieder), ont donné des résultats tout à fait discordants. Rieder et Jolasse estiment qu'il faut trois heures ; Kästle de deux à trois heures et demie et Romkes et Holzknecht de deux à six heures.

Leven et Barret ont incorporé 20 grammes de bismuth à un repas composé d'un œuf, d'une côtelette de mouton et 150 à 200 grammes de purée de pommes de terre, de raisin, de pain en petite quantité et de 200 grammes d'eau comme boisson.

Ils ont observé qu'au bout de quatre heures le bismuth commence à franchir le pylore, annonçant le début de l'évacuation gastrique. Ils ont constamment noté la non-vacuité de l'estomac quatre heures et demie, cinq heures et plus après le repas de midi chez des sujets normaux.

Dans ces conditions, on est en droit de considérer le goûter habituel comme une mauvaise pratique, et on conçoit que sa suppression doit agir favorablement sur certaines dyspepsies.

Des faits acquis, il est facile de déduire certaines règles relatives à l'administration des médicaments et l'application de la formule « avant, pendant ou après le repas » ne doit plus être abandonnée à la fantaisie de chacun. Ainsi, par exemple, si l'on veut qu'un narcotique produise ses effets dans les premières heures de la nuit, il est nécessaire de l'administrer avant le repas du soir pour qu'il arrive dans un estomac vide, où il ne s'arrêtera pas.

TROP D'ABANDON, MESDAMES

A Berlin les femmes abandonnées par leur mari doivent être secourues par le bureau de bienfaisance de la ville.

Or voici que l'abandon de cette nature tourne non seulement en abus, mais aussi en métier lucratif.

En effet, l'an dernier, le nombre des femmes abandonnées et secourues par le bureau de bienfaisance de Berlin a dépassé 3.000, dont l'entretien a coûté à la ville 2 millions 500.000 marks. Mais il vient d'être établi que, pour la plupart, les maris ont quitté momentanément leurs femmes avec le consentement et souvent par la volonté de celles-ci...

Il n'y a pas de sot métier.

REVUE CLINIQUE

Le délire des Albuminuriques dit Folie brightique est-il, à proprement parler, une manifestation urémique?

Par MM. les docteurs FROMENT, BOULUD et PILLON

« Il nous semble, écrivait Brault, que l'on a réuni dans le groupe des délires urémiques des faits n'ayant entre eux aucun lien ». Et, en effet, lorsqu'on parcourt les observations publiées sous le titre de délire urémique ou sous le nom classique depuis Dieulafoy (1) de « folie brightique », on ne rencontre qu'un bien petit nombre de faits dans lesquels les manifestations délirantes peuvent être rattachées avec certitude à l'insuffisance rénale.

Il ne suffit pas, en effet, que l'on constate, en coïncidence avec l'apparition d'un délire, l'existence d'une albuminurie ainsi que dans les observations de Lasègue (2), de Dieulafoy (obs. III) de Raymond (3) (obs. III), de Chaslin (4) pour que l'on soit en droit d'affirmer la nature urémique des accidents délirants. Et d'ailleurs dans l'observation de Raymond le délire n'apparaît qu'au cours d'une période fébrile ; dans celles de Dieulafoy l'albuminurie diminue au cours même de la phase délirante ; et enfin le malade de Chaslin est un vieillard de 78 ans qui n'a jamais présenté aucun accident rénal ni urémique en dehors du délire considéré. Il faudrait, pour que ces psychopathies puissent être rattachées avec certitude à l'insuffisance rénale, qu'elles s'accompagnent du cortège clinique habituel de l'urémie, ou mieux encore de la rétention des produits toxiques (chlorures ou azote). Il n'y a pas en effet de critère clinique absolu de l'urémie. Il faut donc demander aux examens chimiques une certitude que l'on ne peut acquérir autrement. C'est ce que l'on a fait pour d'autres accidents également qualifiés d'urémiques, tels que la céphalée, la rétinite albuminurique, le coma, les convulsions. L'examen du sérum, du liquide céphalo-rachidien, des urines, fait dans un très grand nombre de cas, a définitivement démontré la relation existant entre ces divers accidents et l'azotémie ou, beaucoup plus rarement, la chlorurémie.

A-t-on, tout au moins dans un certain nombre de cas de folie brightique, établi indiscutablement, c'est-à-dire chimiquement, la nature urémique des accidents considérés?

Sans doute, quelques observations paraissent assez probantes, bien que les recherches chimiques aient été très incomplètes (ce qui se comprend aisément étant donné l'ancienneté de la plupart de ces faits). L'existence de vomissements uréiques (3 g. d'urée par litre) en l'absence même d'une forte azotémie (0 g. 75 d'urée par litre de sérum sanguin) et la concomitance du délire avec d'autres accidents de même nature permettent de rattacher rationnellement à l'urémie les troubles mentaux revêtant toutes les formes de l'aliénation mentale notés par Dieulafoy dans sa première observation de folie brightique. L'énorme albuminurie, la faible teneur des urines en urée, l'œdème constatés dans une observation de Raymond (obs. IV) semblent également suffire à l'authentiquer. Mais, même si l'on considère ces cas comme absolument démonstratifs, il faut bien reconnaître qu'ils sont en petit nombre et que beaucoup plus nombreuses sont les observations de délire dit urémique dans lesquelles la preuve de l'urémie n'est pas faite. Et d'ailleurs, sans refuser à l'urémie toute participation dans la genèse des accidents délirants, un très grand nombre d'auteurs paraissent vouloir la réduire au simple rôle de cause occasionnelle. Déjà Lasègue admettait que le délire urémique n'est que « la manifestation d'une prédisposition névropathique latente ». Féré insistait aussi sur l'importance de l'état psychique antérieur. Le professeur Roque (1) écrivait encore : « Les urémiques qui délirent sont des prédisposés qui auraient déliré à l'occasion d'une infection ou d'une intoxication quelconque ». Et tout récemment Bériel (2), dans un important travail consacré aux « psychopathies liées à l'insuffisance rénale » montrait que « dans l'apparition des folies brightiques on doit tenir compte de deux facteurs : l'un occasionnel, l'insuffisance rénale, qui révèle la psychopathie, comme pourrait la révéler toute autre intoxication ; l'autre plus réel tiré de l'état antérieur de l'appareil nerveux ». C'est ce dernier facteur, ajoutait-il, qui conditionne vraiment le trouble neuropathique, qui détermine ses caractères cliniques et commande son évolution.

Mais pour que l'on soit en droit de considérer l'état urémique comme une cause occasionnelle évidente, il faudrait encore que cet état urémique fût démontré et, ainsi que nous le disions plus haut, il ne l'est que bien rarement. L'examen du liquide céphalo-rachidien, tel qu'il a été fait dans un cas de Bériel et dans un cas de Mestrezat, en décelant l'absence de toute rétention azotée (la proportion d'azote dégagée par l'hypobromite n'excédant pas 0 g. 20 à 0 g. 25 par litre, c'est-à-dire des chiffres sensiblement normaux) paraît nettement défavorable à l'hypothèse précédente. Sans doute l'intoxication d'origine rénale ne se résume peut-être pas tout entière dans ces deux catégories de faits actuellement bien étudiés, la chlorurémie et l'azotémie et il est possible qu'il y ait d'autres poisons rénaux dont nous ignorions actuellement la nature. Nous ne le contestons pas, nous affirmons simplement que la preuve de la nature urémique n'a pas encore été faite pour le délire dit urémique, cependant qu'elle l'est déjà pour d'autres accidents, tels que les convulsions, le coma, la rétinite albuminurique.

On peut dès lors se demander s'il ne faut pas chercher ailleurs que dans un état urémique la cause déterminante ou la cause occasionnelle de ces manifestations délirantes. Plusieurs auteurs, Lasègue, Brault ont bien montré l'importance du facteur alcoolisme. Peut-être ce délire survenant chez des albuminuriques s'explique-t-il parfois encore par des simples troubles circulatoires réalisant une véritable claudication intermittente du cerveau.

(1) DIEULAFOY. De la folie brightique. Société médicale des hôpitaux de Paris, 10 juillet 1885.

(2) LASÈGUE. Des accidents cérébraux qui surviennent au cours du mal de Bright. *Archives générales de médecine*, 1852.

(3) RAYMOND. Du délire dans le cours des néphrites chroniques. *Archives générales de médecine*, 1882.

(4) CHASLIN. Éléments de séméiologie et clinique mentales. Asselin, 1912, p. 333.

(1) ROQUE. Sur un cas de coma mortel avec crises convulsives sub-intrantes chez un diabétique absinthique. Société médicale des hôpitaux, 1911.

(2) BÉRIEL. Psychopathies liées à l'insuffisance rénale. Société médicale des hôpitaux, 6 juillet 1911.

(3) Soc. médic. des hôp. de Lyon.

REVUE DE PATHOLOGIE

Actinomycose de la paroi thoracique et de la cuisse

MM. les Docteurs F. GROSS et HEULLY, de Nancy

Parmi les affections parasitaires dues à la pénétration d'un champignon spécial dans l'organisme, l'actinomycose est actuellement la mieux connue ; aussi est-elle loin d'avoir l'intérêt d'actualité qui s'attache aujourd'hui à d'autres mycoses d'étude plus récente et nous n'aurions pas songé à présenter ce malade si les lésions dont il est porteur n'étaient absolument typiques et surtout si l'un de nous n'avait pas été amené à faire à propos du diagnostic quelques remarques intéressantes.

Agé de 46 ans, ancien soldat colonial (Martinique), frappé autrefois par la typhoïde et le paludisme, V... est un robuste contre-maître de tissage. *En pleine santé*, le 9 janvier 1911, il ressent dans le côté gauche une douleur très vive, « un véritable point de côté » rendant les mouvements respiratoires très pénibles, provoquant une véritable dyspnée. La douleur occupait la partie antérieure de l'hémithorax gauche, elle était accrue par la pression du doigt, mais il n'existait ni rougeur, ni tuméfaction des téguments, ni signes stéthoscopiques, ni réaction thermique.

Peu à peu survint un gonflement, puis un empâtement dur. La peau se modifia et, au bout de six semaines, une bande tuméfiée, rouge-foncé, large de 2 centimètres, soulignait le mamelon sur une longueur de 6 à 7 centimètres environ. La coloration de cette bande se fonça peu à peu, virant au violet, puis au bleu; et, le 1er mars, le médecin incisa et donna issue à du pus.

Malgré cette incision, la dyspnée ne fut pas modifiée, l'empâtement s'étendit ; V... se plaignit même d'irradiations douloureuses dans le bras gauche. Et quand nous vîmes le malade, l'aspect était celui d'un phlegmon ligneux, avec une induration diffuse, sans limites précises, constituant un bloc interposé entre la peau et le gril costal, dont il rend la palpation impossible. Trois semaines après, une nouvelle incision devint nécessaire à hauteur du troisième espace intercostal. Le pus était mal lié, *mais ne contenait aucun grain jaune.*

A la fin d'avril, la plaque indurée avait encore gagné, des fistules existaient çà et là et de larges incisions aboutirent à la mise en place de quatre drains qui donnèrent issue dans les jours suivants à un pus très liquide, roussâtre *mais sans grain jaune.*

Nous insisterons sur ce dernier caractère, car l'aspect des lésions tenant à la fois du phlegmon et des lésions tuberculeuses nous avait, dès ce moment, fait songer à une mycose. Toutefois, un examen demandé au laboratoire de bactériologie ne put faire le diagnostic, en raison sans doute des infections associées.

Cependant un doute nous restait et, comme nous possédions une culture d'un *Rhinocladium Beurmanii*, nous essayâmes avec le sérum du malade l'agglutination des spores du Rhinocladium ; *la réaction d'agglutination fut positive à* 1/50. L'existence d'une mycose, très probablement d'une sporotrichose, paraissait démontrée.

Ceci se passait en mai, de l'iodure fut administré, un temps d'arrêt parut se produire dans la marche de l'affection.

Dès ce moment, le malade se plaignait d'un mal sourd dans la cuisse gauche. A sa partie moyenne et à sa face antérieure, celle-ci se mit à augmenter de volume, sans modification des téguments ; la palpation la plus attentive ne décelait aucune fluctuation. Au début de juin, la peau rougit, durcit devenant œdémateuse et simulant la fluctuation. Une ponction faite avec l'aiguille d'une seringue de Pravaz resta blanche.

Six jours après, la peau était teintée en rouge vineux, une fluctuation profonde existait nettement. La ponction donna du pus qui servit à des *ensemencements directs* sur carotte, gélose, et à l'examen direct. Une incision au bistouri évacua un grand verre de pus mal lié, avec quelques grumeaux jaunâtres ; l'abcès était situé sous les muscles, et le stylet ne rencontrait pas d'os dénudé. L'examen du pus, dû à l'obligeance de M. Thiry, montra l'existence d'une *actinomycose typique.*

L'iodure fut continué par la voie buccale, ainsi que des pansements au liquide iodo-ioduré.

Les lésions cutanées sont celles habituellement rencontrées en cas d'infections associées. L'affection s'étend au loin, gagne en surface des clapiers avec des diverticules suppurant de tous côtés.

L'existence d'un abcès actinomycosique sur

la cuisse traît un processus de généralisation, de dissémination par voie sanguine, exceptionnel et redoutable au point de vue du pronostic.

Le foyer mycosique sur le thorax peut être primitif ; nous n'osons l'affirmer ; en tous cas, ni les signes stéthoscopiques ni l'examen des crachats ne nous autorisent à admettre un point de départ pulmonaire ou pleural. Il revêt la forme abcès à évolution subaiguë accompagnés d'une zone de réaction étendue.

Deux faits seulement retiendront notre attention.

1° *Nous n'avons pas trouvé de grains jaunes dans le placard phlegmoneux.* Il n'y a pas lieu de s'en étonner, car les auteurs affirment que « la découverte des grains actinomycosiques nécessite une grande patience et souvent ne se fait qu'après bien des recherches infructueuses » (Delbet et Chevassu). Comme l'a proclamé à l'Académie de médecine M. Le Dentu, c'est aux procédés de laboratoire qu'il appartient de donner la réponse.

2° *Soupçonnant une mycose, et ne disposant que du Rhinocladium, nous essayons l'agglutination* ; avec le sérum du malade elle est *positive*. Il semblait légitime de conclure à une *sporotrichose*. Des recherches ultérieures (culture, examen direct) nous montrèrent l'*actinomyces*. Ce fait est du plus haut intérêt. Il vient d'ailleurs confirmer la communication que M. Widal faisait le 10 mai 1910 à l'Académie de médecine. Partant du principe des *réactions de groupe*, M. Widal a vu huit malades atteints d'actinomycose fournir au contact du *Sporotrichum Beurmanii* des co-agglutinations manifestes, et aussi des réactions de fixation (que nous n'avons pas recherchées). Ces réactions à l'égard du *Sporotrichum*, qui sont positives avec l'*Actinomyces*, sont négatives avec d'autres groupes de mycoses. Cette réaction est spécifique, non pas d'une mycose, mais d'un groupe de mycoses, sporotrichum et actinomyces appartenant au même groupe. L'importance diagnostique est grande, d'autant plus que les recherches de Widal et Boidin ont montré que les émulsions de mycélium actinomycosique ne donnent aucune agglutination par le sérum d'un actinomycosique.

Origine hématogène de certaines appendicites aigues

Par M. le Docteur Fernand WIDAL
Professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris

A la suite de recherches que j'avais présentées à l'Académie, prouvant l'origine sanguine de certaines appendicites aiguës, M. Walther a rapporté un fait confirmatif de cette opinion. Dans notre cas, la septicémie avait précédé l'appendicite comme en avait témoigné l'hémoculture et, dans le pus de l'appendicite, on avait trouvé le même germe paratyphique B que dans le sang circulant.

Dans le cas de M. Walther, l'infection de l'appendice a été également secondaire à l'infection sanguine par un bacille paratyphique B. Le début des accidents caractérisé par la fièvre remontait en effet à six jours et les lésions constatées au cours de l'opération correspondaient à celles que l'on trouve aux deux premiers jours de l'appendicite aiguë. Le diagnostic n'a pu être fait qu'après l'examen du sang et l'intervention urgente a dû être pratiquée avant cet examen.

L'existence constatée d'une infection paratyphique — et c'est là le point intéressant pour la pratique — n'est donc pas une contre-indication à l'intervention et l'ablation de l'appendice infecté ne peut avoir qu'une influence favorable sur la marche de l'infection générale, en supprimant un nouveau foyer grave de septicémie. Dans le cas particulier, l'appendicite suppurée avec lymphangite et adénite eût entraîné la mort à bref délai, si on n'avait pas opéré.

REVUE DE CHIRURGIE

Le lavage et le drainage du Péritoine dans le traitement de la péritonite aiguë

Par M. le Docteur P.-A.-A. GARY
Médecin militaire de 1re classe

Lavage du péritoine. — Le lavage du péritoine, qui est toujours en faveur en Allemagne et compte quelques partisans en Amérique (Fowler, etc.), est à l'heure actuelle très peu pratiqué en France, où on lui reproche d'être shockant pour le malade, de ne réaliser qu'une toilette péritonéale imparfaite, d'affaiblir la résistance de la séreuse, en provoquant des lésions de l'endothélium protecteur et en entraînant au dehors les leucocytes dont le rôle de défense est si important. Ces inconvénients ne seraient nullement compensés par l'action favorable qu'il exerce sur la paralysie de l'intestin, dont il excite les fibres musculaires et sur la virulence de l'infection qu'il atténue en diluant les produits toxiques.

Dans ces dernières années beaucoup de chirurgiens ont renoncé à cette pratique. Mais pour certains le lavage serait encore indiqué dans les cas très graves où un épanchement abondant de matières s'est fait dans le péritoine à la suite de la rupture d'un viscère, tels que l'estomac, le duodénum ou la vésicule biliaire. On conseille alors de le faire rapide, abondant, sans brossage ni éviscération, en employant le sérum artificiel chaud (41°) ou l'eau oxygénée diluée au quart qu'utilise Fowler.

Le lavage devra être toujours associé à la méthode Fowler-Murphy et on pourra utilement le compléter par un drainage à la Rehn.

Drainage du péritoine. — Le drainage de la cavité abdominale a conservé, en France, jusqu'en ces derniers temps, un rôle prépondérant dans le traitement de la péritonite diffuse et les chirurgiens se sont ingéniés à le rendre aussi efficace que possible. On a multiplié les incisions abdominales antérieures, considérant comme un minimum l'ouverture des deux flancs. On a utilisé les voies les plus diverses ; vaginale (Reynier), rectale (Chaput), périnéale (Mauclaire), para-coccygienne (Rémy), parasacrée (Jaboulay), lombaire (Villemin). Les uns ont prôné le drainage avec les tubes de caoutchouc perforés, en nombre plus ou moins élevé, placés dans les directions les plus variées ; les autres le drainage avec la gaze) ; d'autres encore le drainage mixte avec la tente de Gibson, avec le drain-cigarette de Goldmann, etc.

Le drainage a donné, maintes fois, des succès remarquables dans des cas d'une très haute gravité. Je n'en veux pour preuve que les trois succès obtenus par M. le Médecin principal Maljean (1). Mais, il faut bien le reconnaître, ni le nombre, ni la variété des incisions et des drains ne sont capables de réaliser le drainage total des liquides pathologiques intra-péritonéaux. Rapidement les drains, agissant comme des corps étrangers, provoquent la formation d'adhérences qui les isolent de la grande séreuse ; ils ne laissent plus rien passer au delà de la dixième ou douzième heure.

La pratique de Rehn, basée sur des données physiques très judicieuses, semble devoir assurer au drainage son maximum de rendement

Rehn associe à la position de Fowler, qui collecte si heureusement dans le pelvis des liquides pathologiques péritonéaux, l'action de la pression intra-abdominale qui s'exerce au maximum dans le petit bassin lorsque le malade est en position « demi assise ». Dans ce but, il referme complètement la paroi abdominale et ne laisse subsister au-dessus du pubis qu'un étroit orifice, où passe à frottement un drain à parois épaisses, d'une longueur inférieure à 20 centimètres, plongeant dans le Douglas. Le pus, qui se collecte dans ce point déclive sous l'action de la pesanteur, pénètre dans le drain et s'écoule au dehors avec plus ou moins de force, suivant son abondance, grâce à la pression intra-abdominale qu'il y subit. Cette pression, d'après les expériences de Propping, est égale à une colonne de mercure de 20 centimètres de hauteur et se trouve encore accrue par le jeu du diaphragme et les efforts de la toux.

L'efficacité très réelle de ce mode de drainage ne se prolonge pas au delà de la douzième heure, les adhérences provoquant comme dans les autres procédés l'isolement rapide du drain. Mais ce laps de temps paraît suffire à évacuer la plus grande partie des liquides septiques qui se collectent dans le pelvis, grâce à la position de Fowler ; et, si on a pu réaliser la suppression de la lésion causale, élément capital du succès, on a mis le malade dans les meilleures conditions de guérison en tarissant la source de toute infection secondaire.

Dans le but de prolonger l'efficacité du drainage, quelques chirurgiens ont proposé, dans ces dernières années, des moyens capables de retarder l'édification des adhérences péritonéales.

Weiss et Sencert (1) (Nancy) ont obtenu de très bons résultats en employant le courant continu d'oxygène. Cette méthode que Thiriar (Bruxelles) a appliquée le premier, dès 1900, au traitement de la péritonite aiguë, constituerait un auxiliaire puissant du drainage. Il s'oppose à la formation des adhérences, en séparant mécaniquement les surfaces accolées et en augmentant le péristaltisme intestinal. A cette action mécanique s'ajouterait une action biologique, qui influence heureusement l'état général du malade : l'oxygène relève la pression sanguine, favorise l'élimination urinaire et exalte le pouvoir bactéricide et antitoxique du péritoine, en provoquant à son niveau une hyperhémie intense et une abondante diapédèse de leucocytes.

Arnaud et Vignard (2) (Lyon) préconisent dans le même but l'injection intra-péritonéale d'huile camprée, dont les expériences de Glimm ont démontré le rôle mécanique, véritable vernissage de la séreuse, qui diminue les résorptions toxiques, en oblitérant les lymphatiques péritonéaux et retarde sensiblement la formation d'adhérences par son action lubréfiante. Ces auteurs ont injecté avec de bons résultats dans le péritoine de l'adulte jusqu'à 300 grammes d'une solution d'huile camphrée à 1 p. 100 soigneusement stérilisée par une cuisson d'une heure au moins.

Ces procédés ne se sont pas généralisés.

A l'heure actuelle, nombre de chirurgiens, parmi les plus notoires Blacke, Hotschiss, Ross, Korte, etc., tendent même à considérer tout drainage du péritoine comme souvent inutile et n'hésitent pas à recommander dans un grand nombre de cas la fermeture immédiate et totale de l'abdomen après avoir supprimé la lésion causale, laissant à la séreuse le soin de triompher par ses propres moyens des reliquats infectieux. De nombreuses observations de péritonites ainsi traitées et guéries ont été publiées dans ces dernières années. Blacke, qui a eu le premier la témérité de fermer sans drainer, a publié, en 1907, une statistique de 99 cas de péritonite diffuse. Cette statistique montre que les résultats du drainage et de la fermeture totale sont sensiblement égaux.

La statistique des cas opérés de 1908 à 1911

(1) *Arch. de méd. et de Pharm. milit.*, 1907 : « Traitement de la péritonite généralisée d'origine appendiculaire par le drainage abdominal antérieur ».

(1) *Revue de Chir.*, avril-mai 1910 : « De l'emploi du courant continu d'oxygène en chirurgie abdominale ».

(2) *Lyon chirurgical*, décembre 1910-janvier 1911 : « L'injection intrapéritonéale d'huile camphrée dans le traitement des péritonites diffuses aiguës ».

(3) *Deuts. Zeit. f. Chir.*, 1906.

par Bauer (1) (Malmo) comprend : *a*) 115 cas de péritonite appendiculaire avec 104 guérisons ; 67 fois, il a fermé sans drainage et a obtenu 62 guérisons ; *b*) 14 cas de perforation gastroduodénale, 10 fois, il a fermé sans drainage et n'a eu que 2 morts ; *c*) 10 péritonites par rupture de pyosalpinx avec 9 guérisons ; les 5 opérés non drainés ont guéri ; *d*) 13 cas de péritonite par cholécystite ou perforation typhoïdique avec 7 guérisons, 6 cas fermés sans drainage lui ont donné 3 guérisons.

Ces faits, dans leur ensemble satisfaisants, démontrent à la fois la puissance des moyens de défense du péritoine et l'erreur de ceux qui multiplient les incisions et les drains.

La grande majorité des chirurgiens reste cependant fidèle au drainage. Mais, tout en écartant la pratique si radicale de Blacke, beaucoup d'entre eux pensent aujourd'hui avec Témoin que le drainage « ne doit être ni si multiple, ni si compliqué qu'on le fait généralement en France ». « Il y aurait danger, dit le rapporteur du congrès de 1911, à refermer sans drainage, lorsque les lésions péritonéales sont profondes, lorsque dans la région appendiculaire il reste des foyers gangréneux, des tissus mortifiés qui devront être éliminés par expulsion. Mais le drainage qu'on fait alors n'a rien de commun avec les drainages employés jusqu'ici. Il n'est pas destiné à vider de son contenu la cavité péritonéale ; il n'a d'autre but que de permettre l'élimination des produits gangrenés au niveau de l'infection première et d'éviter ainsi une réinfection » (2).

De fait, Témoin, se borne à assécher la région appendiculaire et un peu le bassin et il referme en laissant dans la fosse iliaque droite un drain qu'il supprime le troisième jour. Sa statistique, de 1900 à 1911, comprend 2.167 appendicites, dont 1.442 opérées à chaud. De ces 1.442 appendicites à chaud, 778 furent fermées sans drainage, les lésions étant limitées à l'appendice, et donnèrent 3 morts ; 664, dont 184 étaient en péritonite libre plus ou moins généralisée, durent être drainées et donnèrent 43 morts. Du 1er janvier au 1er août 1911, il a opéré 32 péritonites diffuses avec 10 p. 100 de mortalité. Or, remarque importante, Témoin opère tous les malades qui se présentent et la plupart de ces péritonites étaient graves ; beaucoup étaient à la période ultime.

Murphy (3) se déclare, lui aussi, partisan de ce drainage « minimum ». Pour lui, le drain qu'il place dans la fosse iliaque a surtout pour but de diminuer la tension du pus dans la cavité péritonéale et de la maintenir réduite, cette tension favorisant les résorptions septiques si considérables qui s'exercent au niveau de la séreuse.

A côté de ces principes directeurs, le traitement de la péritonite aiguë comporte encore un ensemble d'adjuvants divers dont l'utilité ne saurait être contestée.

S'il y a de la *stase gastrique* avec nausées et vomissements, le « lavage d'estomac », renouvelé deux à quatre fois dans les 24 heures, est suivi d'un soulagement si marqué que les malades le réclament parfois eux-mêmes malgré la manœuvre pénible de l'introduction du tube stomacal.

Westerman a essayé de tourner la difficulté de cette manœuvre en pratiquant le siphonnage permanent de l'estomac à l'aide d'une sonde de petit calibre (1/2 centimètre de diamètre), longue de 2 mètres, qu'il introduit par le nez après cocaïnisation préalable et dont l'extrémité libre plonge dans un récipient placé à côté du lit. Il est prudent de retirer cette sonde après 12 heures, quitte à la replacer ultérieurement s'il y a lieu. Max Kappis a observé, en effet, une eschare de l'œsophage chez une de ses opérées qui avait conservé la sonde stomacale pendant 48 heures consécutives.

Le lavage d'estomac est également recommandable avant l'opération, sauf dans le cas de perforation stomacale, quand ce viscère est manifestement distendu, ou s'il existe des vomissements. On prévient ainsi les accidents asphyxiques irrémédiables que pourrait provoquer la pénétration du contenu gastrique dans les voies aériennes au cours de l'anesthésie.

Le lavage d'estomac, la protoclyse de Murphy, la position de Fowler favorisent le réveil du péristaltisme de l'intestin et exercent une véritable action préventive contre *la paralysie* de cet organe. Cette complication est si redoutable par les résorptions septiques qu'elle détermine qu'on a pu dire que la mort du péritonitique était provoquée au moins autant par l'intoxication intestinale que par l'intoxication péritonéale. Contre la « paralysie intestinale », un grand nombre de chirurgiens allemands et américains recommandent l'emploi précoce et systématique des purgatifs (huile de ricin, calomel), qu'ils administrent dans les premières heures de l'opération. En cas d'échec, ils utilisent couramment les injections sous-cutanées de (sulfate ou salicylate) d'ésérine à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme 1/2 dans les 24 heures. Ce médicament a le pouvoir d'exciter la musculature de l'intestin et de provoquer rapidement l'émission de selles et de gaz ; il diminue ainsi les chances d'iléus paralytique, qui dans les cas graves justifie une *entérostomie* d'urgence.

Enfin si le cœur est en déficit, on pratique des injections d'huile camphrée, de caféine, d'éther, de strychnine. Dans les cas très graves de collapsus cardiaque, Heidenham a recours à une injection intraveineuse de 800 à 900 cc. de sérum chaud (41°), qu'il additionne de 6 à 8 gouttes d'une solution d'adrénaline au 1/1.000e. Cette injection, dont l'effet se prolonge plusieurs heures, lui a permis de pratiquer avec succès une intervention chez les malades dans un état désespéré.

(1) *Archiv. f. klin. Chir.*, décembre 1911, in *Journal de Chir.*, février 1912.

(2) Rapport au XXIVe Congrès français de Chir., Paris. 25 octobre 1911.

(3) Assoc. amér. de Chir., *Congrès de Richmond*, mai 1908.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Utérus double

Les observations d'utérus double sont peu communes.

Dans le *Journ. of Obst. and Gyn.*, le Dr *Scott Mac Gregor* a recueilli 100 cas semblables dans la littérature médicale.

Sur 100 femmes :

30 n'étaient pas mariées, mais deux d'entre elles firent des manœuvres abortives ou des fausses-couches.

70 étaient mariées et parmi celles-ci :

14 étaient multipares.

56 eurent des enfants.

Sur ces 56 femmes, 14 avortèrent.

44 conduisirent leur grossesse à terme.

Sur ces 44 femmes, on pratiqua :

2 fois l'opération césarienne.

2 fois l'hystérectomie.

4 fois on appliqua le forceps.

36 accouchèrent normalement.

96 enfants naquirent de ces 44 femmes.

Au point de vue menstruel maintenant :

Sur ces observations, 71 seulement font allusion aux règles.

58 fois celles-ci furent régulières.

8 fois elles furent irrégulières.

5 fois il y eut aménorrhée.

13 fois dysménorrhée.

Dans 38 observations, l'état des trompes est mentionné :

Dans 17 cas, la trompe gauche est plus développée.

Dans 13 cas, c'est la droite.

Dans 8 cas, elles sont également développées.

Enfin l'utérus présentait le type didelphe infantile.

L'auteur conclut que cette malformation ne diminue pas les chances de fécondation sauf dans les cas d'obstruction salpingienne.

L'accouchement se fait sans danger ni difficulté, exception faite pour les cas de grossesse développée dans une des deux cavités utérines restée rudimentaire. Dans ce cas, la rupture est à craindre et il n'y a pas de dilitation du canal cervical incomplètement développé. Il faut toujours alors avoir recours à l'intervention chirurgicale.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

L'Hémostase en Obstétrique par le procédé de Momburg modifié

Par le Docteur E. VAN ERPS
des Hôpitaux de Bruxelles

L'hémostase provisoire par le procédé de Momburg s'exécute en comprimant l'aorte abdominale au moyen d'un garrot en caoutchouc fortement serré autour de la taille. Cette manœuvre s'emploie en chirurgie et en obstétrique. Avant d'appliquer cette hémostase, on place le malade en position déclive ; les jambes relevées ou levées, on refoule le sang des membres inférieurs au moyen de la bande d'Esmarck ou de toute autre bande. Ainsi l'on peut opérer presque à sec sur les membres inférieurs ou sur le bassin (1). Cette technique fut encore utilisée pour la narcose chirurgicale, avec succès, pour diminuer la dose d'anesthésique (2).

Ce moyen d'hémostase me fut très précieux dans le cas suivant, très émouvant, d'hémorragie post-partum :

Le 29 avril 1912, un confrère me priait d'examiner une parturiente primipare âgée de 31 ans. Les antécédents héréditaires et personnels n'offraient rien de particulier, si ce n'est une légère hémophilie chez la sœur. Le travail durait depuis quinze heures, la poche des eaux était rompue depuis sept heures. La position était une O I G A, la tête engagée dans le petit bassin, presque au détroit inférieur. Mais, vu le manque de contractions, l'épuisement de la femme malgré son grand courage, le ralentissement des battements du cœur fœtal, la présence de méconium, nous décidions une application de forceps. L'intervention, excessivement facile, exécutée sans narcose, et, au bout de trois à quatre tractions, j'amenais la tête à la vulve. J'enlevais alors le forceps et, la parturiente m'aidant par quelques efforts, je dégageais un enfant vivant.

La délivrance se faisait attendre, mais, à la suite d'une injection d'eau chaude et un léger massage de l'utérus, l'arrière-faix complet ainsi que toutes les membranes furent expulsés. Je ne constatais aucune déchirure ni du col, ni du vagin, ni de la vulve.

Mais, trente à quarante minutes après la délivrance, nous nous apercevions que le globe de sûreté ne présentait pas de garantie sérieuse. Aussi du massage ainsi qu'une injection stérile chaude étaient pratiqués sur-le-champ. Malgré ces moyens, l'utérus ne se contractait que quelques instants ; l'accouchée avait des tendances lipothymiques, des sueurs, le pouls rapide, etc., mais aucun écoulement extérieur. En présence

(1) AUVRAY (Paris). *Hémostase par le procédé de Momburg.* (Soc. de Chirurgie, 16 mars 1910.)
RIELENDER. *Münch. med. Wochensch.*, septembre 1909.)
W. SIGWART. Hémostase par procédé de Momburg. (*Arch. of. gyn.*, vol. XXXIX, p. 33, 1909.)
MOMBURG. *Hémostase préventive de la moitié inférieure du corps.* (38e Congres de la Soc. allem. de chirurgie, Berlin, 14 et 17 avril 1909.)
Dr WILLEMS. Soc. de chirurgie de Gand, 13 janvier 1908.

(2) GARHAUSEN. *Deutsch med. Wochensch.*, 1908, no 49, p. 2114.
M. ZNIVERTH. *Münch. med. Wochensch.*, 1908, no 44, p. 2376.

de cet état très sérieux, une irrigation chaude était à nouveau exécutée, ainsi que de l'ergotine en injection hypodermique. Malgré ces soins, les symptômes d'hémorragie interne persistaient, la femme s'anémiait de minute en minute; il nous restait le tamponnement utérin à la gaze aseptique. Par cette manœuvre, le globe de sûreté se formait et nous quittions l'infortunée après des recommandations sérieuses à l'entourage pour obtenir une surveillance continue.

Une petite heure après, j'étais rappelé d'urgence et trouvais une femme exsangue, tombant de syncopes en syncopes, prononçant des mots incohérents. Le pouls était imperceptible, le facies blafard. A ce spectacle, toujours impressionnant, je comprimais sur-le-champ l'aorte au moyen du poing droit, tandis que, de la main gauche, je ramenais l'utérus tamponné pour le presser contre le pubis.

Je restais dans cette position le temps de me procurer un fort tuyau de caoutchouc, qui me permettait de pratiquer le Momburg avec la petite modification suivante :

Je prenais une boîte, de forme cylindrique, haute de 12 centimètres environ et entourée d'un essuie-main. Je la plaçais transversalement à la place du poing. Au-dessus de cette boîte, je disposais cinq ou six essuis-mains pliés de façon à former un coussin gradué.

J'enroulais le tube autour de la taille de la malade, en interposant entre le tube et la paroi abdominale ce coussin gradué. En tirant progressivement et avec force sur le lien, je parvenais à réaliser une compression complète de l'aorte, ainsi qu'un refoulement vigoureux de l'utérus contre le plan résistant formé par le pubis. L'application de cette hémostase était suivie d'un arrêt des pertes sanguines. Cette hémorragie ne se tarissait qu'après une compression de quarante à cinquante minutes. Pendant ce temps, 300 grammes de sérum étaient injectés avec lenteur sous la peau, ainsi que de l'huile camphrée. J'en profitais également pour renouveler mon tampon après avoir évacué les caillots. C'est alors que je constatais l'arrêt de l'écoulement et je relâchais tout doucement le garrot. J'observai encore la malade longtemps après avoir enlevé ce lien de torture.

Les suites de couches furent normales, apyrétiques.

Trois hypothèses sont possibles ; nous pouvions avoir une hémorragie par inertie totale, ou bien nous pouvions avoir qu'une surface du segment inférieur, sur lequel une partie placentaire était normalement insérée, pouvait, par suite d'inertie persistante, produire un écoulement local abondant. Ou bien encore, c'était un cas d'hémophilie au diagnostic délicat.

Les deux dernières causes étaient peu probables, mais la première, l'inertie totale de la matrice, semblait nous fournir la cause de cette hémorragie. En effet, le travail prolongé de la femme, le manque de douleurs, la difficulté de la délivrance, l'épuisement général de la femme, etc., ces différents symptômes nous prouvaient que l'utérus était totalement inerte.

Pendant la compression, j'observais immédiatement une élévation de la pression sanguine. Le pouls devint perceptible et comptable. Après l'enlèvement du garrot, aucun trouble ne se manifesta. L'action de ce procédé brutal ne se fit nullement sentir sur le rythme cardiaque vu l'immense perte de sang. Certainement le muscle cardiaque ne dut faire aucun effort de travail. Du côté des viscères abdominaux, aucun trouble ne fut observé pendant cette application. La constriction, en tout cas, fut douloureuse, surtout après son application, lorsque la femme reprit tout à fait connaissance.

Je suis persuadé que ce moyen d'interposer un coussin entre le lien et l'abdomen, doit rendre la compression de l'aorte plus efficace, plus durable et moins douloureuse. Car l'action de ce lien ne s'exerce pas directement sur la peau. L'intestin lui-même doit être mieux garanti, car il est comprimé sur une petite surface, tandis que, dans le procédé de Momburg, le lien serre directement la taille de la parturiente.

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE

La Lèpre des rats et la Lèpre humaine

La prophylaxie de la peste en Nouvelle-Calédonie oblige à l'examen de nombreux rats d'égouts ; or, sur 99 examinés, on a trouvé chez 3 rats la lèpre des rats.

Cette lèpre, découverte en 1903 par Stefansky sur les rats d'Odessa, est répandue dans le monde entier ; rien ne démontre encore, l'identité du bacille trouvé chez le rat avec celui de la lèpre humaine. La lèpre des rats existe, à Paris, sur 5 0/0 des rats d'égouts, soit sous la forme ganglionnaire, soit sous la forme musculo-cutanée.

La bacille acido-résistant qui la cause ressemble de très près au bacille de Hansen de la lèpre humaine.

Aussi, les renseignements que l'on retire de l'observation des rats atteints peuvent évidemment servir à élucider l'étiologie et l'épidémiologie de la lèpre humaine.

Elle se transmet, chez l'homme comme chez le rat, par contacts septiques immédiats. On trouve le bacille de Hansen dans les ganglions superficiels des malades, huit fois sur dix-neuf, mais non pas dans tous les ganglions d'un même malade. On n'en trouve pas que chez les malades. On en a trouvé chez des personnes saines vivant dans l'entourage des lépreux.

Les observations faites ne permettent pas d'avancer que les insectes hématophages (poux, punaises, puces), jouent un rôle dans la transmission de la lèpre, bien que Noc persiste à croire, d'après les observations qu'il a faites en Nouvelle-Calédonie, que les moustiques peuvent devenir des porteurs de bacilles.

En revanche, Lebœuf a constaté que les mouches domestiques nourries sur les ulcères lépreux absorbaient une grande quantité de bacilles de Hansen et peuvent ainsi véhiculer les germes ; mais leur pouvoir de dispersion ne paraît pas très étendue.

REVUE DE DIÉTÉTIQUE

Régimes calcifiants pour les prétuberculeux

En admettant qu'en moyenne les deux tiers environ de la chaux absorbée dans les aliments peuvent être résorbés par l'intestin, on peut prescrire un régime ainsi composé d'après le tableau publié dans les «Leçons de patbologie digestive» de Lœper :

Pain grillé .	200 gr.	donnant	0 gr. 20	de CaO
Jambon maigre	75 gr.	—	0 gr. 08	—
Viande crue.	100 gr.	—	0 gr. 10	—
Jaun. d'œufs	40 gr.	—	0 gr. 10	—
Lait cuit....	250 gr.	—	0 gr. 40	—
Purées	100 gr.	—	0 gr. 10	—
Pâtes	100 gr.	—	0 gr. 08	—
Fromages frais	15 gr.	—	0 gr. 08	—
Bouillon de légumes .	200 gr.	—	0 gr. 25	—
Gâteau de riz	100 gr.	—	0 gr. 15	—
Eau minérale calcique....	200 gr.	—	0 gr. 35	—

Au total 1 gr. 50 environ de chaux, dont 2/3, soit 1 gr. 20 seront très probablement résorbés.

Simultanément, faire usage de la poudre récalcifiante de Ferrier.

Carbonate de chaux ...	0 gr. 50
Phosphate tricalcique ..	0 gr. 20
Chlorure de sodium	0 gr. 15
Magnésie calcinée	0 gr. 05

Eaux minérales bicarbonatées calciques, bicarbonatées mixtes ou sulfatées calciques.

CARNET DU PRATICIEN

Traitement local des Gommes tuberculeuses

1° A la phase de crudité : appliquer sur les gommes des compresses imbibées de la solution :

Teinture d'iode.............	1 gramme
Sulfate de magnésie........	16 —
Chlorure de sodium.......	30 —
Eau distillée................	50 —

2° A la période de ramollissement : ne pas attendre l'ouverture spontanée. Ponctionner au thermocautère et, par l'orifice, pratiquer des injections de naphtol camphré, éther iodoformé.

Si l'ouverture tend à rester fistuleuse, ouvrir plus largement, curetter les parois et les toucher au nitrate d'argent ou au chlorure de zinc à 1/10.

Hémorrhoïdes externes

Si ces hémorrhoïdes sont douloureuses, faire des onctions de la pommade suivante :

Chlorhydrate de cocaïne....	0 gr. 60
Extrait thébaïque...........	0 gr. 40
Extrait de ratanhia.........	2 grammes
Onguent populéum..........	30 —

Chaque soir prendre 1 à 3 comprimés de Jubol.

Indications des Stations hydrominérales et climatiques

En romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

En romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant pas d'eau.*

En «italique». — Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydro-minéral.

Albuminuries. — Saint-Nectaire.
Anémie. — Cauterets, Lamalou, La Bourboule.
Arthritisme. — Contrexéville, Cauterets, Mont-Dore.
Artério-sclérose. — Plombières, Royat.
Asthme. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Enghien.
Bronchites. — Cauterets.
Bronchites chroniques. — Cauterets, Mont-Dore, La Bourboule.
Coliques hépatiques. — Contrexéville.
Constipation. — Cauterets, Châtel-Guyon.
Coryza chronique. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades, Enghien.
Dermatoses. — Saint-Christau, La Bourboule, Fumades.
Diabètes. — Contrexéville, La Bourboule, Vichy.
Dyspepsies. — Plombières, Cauterets.
Emphysème. — Mont-Dore, La Bourboule, Enghien.
Entérites. — Châtel-Guyon, Cauterets, Plombières.
Estomac. — Vichy, Plombières.
Foie. — Contrexéville.
Gorge. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades.
Goutte. — Contrexéville, Aix-les-Bains.
Gravelle urique. — Contrexéville, Châtel-Guyon, Vichy.
Laryngites. — Cauterets, La Bourboule, Fumades, Enghien.
Leucoplasie. — Saint-Christau.
Métrites. — Plombières, Salins-Moutiers, Fumades.
Névralgies. — Plombières.
Nez. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades.
Reins (Lavage). — Contrexéville.
Rhumatismes. — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax.
Rhume des Foins. — Mont-Dore, La Bourboule.
Sciatique. — Aix-les-Bains.
Syphilis. — Cauterets, Aix-les-Bains.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. Zanté

VARIÉTÉS

La Criminalité Juvénile en 1911

Le nombre des mineurs poursuivis devant la Cour d'assises a été de 506, dont : 19 âgés de moins de 16 ans, 111 âgés de 16 à 18 ans, 376 âgés de 18 à 21 ans. En outre, 152 mineurs de moins de 16 ans reconnu coupables de crimes furent traduits devant la juridiction correctionnelle. On a donc poursuivi, au total, en 1911, 658 mineurs criminels.

19 0/0 des accusés coupables de crimes violents (assassinats, meurtres, coups mortels) étaient des mineurs, 12 0/0 des parricides étaient des mineurs ; 23 0/0 des auteurs d'infanticides et avortements étaient mineurs, 8 0/0 des auteurs de viols et attentats à la pudeur étaient mineurs ; 17 0/0 des incendiaires volontaires étaient mineurs ; 21 0/0 des voleurs qualifiés étaient mineurs.

Pour avoir une idée complète de la criminalité de l'enfance et de l'adolescence, aux indications qui viennent d'être fournies sur les mineurs poursuivis devant les Cours d'assises, il faut ajouter celles qui concernent les mineurs jugés par les tribunaux correctionnels. Et si l'on rapproche les données ainsi obtenues des chiffres applicables aux majeurs de 21 ans, on obtient un tableau d'ensemble à l'aide duquel il est possible de suivre le mouvement de la criminalité juvénile dans ses rapports avec la criminalité des adultes.

Sur 100 prévenus on constate : pour des délits contre l'ordre public 17 0/0 de mineurs et 83 0/0 de majeurs ; pour les délits contre les personnes (coups et blessures, etc.) 20 0/0 de mineurs et 80 0/0 de majeurs ; pour les délits contre les mœurs 16 0/0 de mineurs et 84 0/0 de majeurs ; pour les délits contre la propriété (vols, escroqueries, etc.) 25 0/0 de mineurs et 75 0/0 de majeurs.

Les délits dont les individus de moins de 21 ans se rendent le plus souvent coupables sont les délits contre les propriétés et principalement le vol. Sur 100 prévenus de cet âge, on en a compté en 1911 41 qui étaient poursuivis pour des infractions de cette nature, proportion double de celle que l'on constate en matière de délits contre les personnes (21 0/0) ou de délits contre l'ordre public (19 0/0).

Le rapport du nombre des prévenus mineurs au total des prévenus s'est légèrement accru en ces dernières années d'environ 2 0/0 en moyenne sur l'année 1905.

Ajoutons que le chiffre des délinquants est beaucoup plus élevé, proportionnellement à leur nombre, parmi les mineurs de 16 à 21 ans. Cette prédominance de la criminalité juvénile s'accuse aussi bien pour les crimes que pour les délits, mais elle est particulièrement sensible en ce qui concerne les vols et même les homicides. Seule, la proportion des prévenus jugés pour mendicité est un peu plus forte chez les majeurs de 21 ans que chez ceux qui n'ont pas atteint cet âge.

Et notons encore ce chiffre impressionnant : en 1911, il a été traduit en justice, devant les cours d'assises ou les tribunaux correctionnels, 5.919 mineurs âgés de moins de 16 ans, et 8.684 mineurs âgés de 16 à 18 ans.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Confession d'un Incroyant, par le Dr Eugène Bernard Leroy, Paris, librairie Nourry.

L'Ulcère Simple de l'Estomac sans Complications (*Consultations médicales françaises*), par le Dr Castaigne (Poinat).

Les Positifs directs et les Contretypes, par E. Coustet (Paris, Charles Mendel).

Le Relief Stéréoscopique par les Anaglyphes, par le Dr Maurice d'Halluin (Paris, Charles Mendel).

Ce qu'il ne faut pas faire dans les affections du Nez, de la Gorge et des Oreilles, par le Dr J. Bosviel (Maloine).

L'auteur estime qu'un médecin non spécialisé a d'abord à savoir ce qui peut porter préjudice à son malade, avant de connaître ce qui peut le guérir. Car, guérir implique en l'espèce des connaissances spéciales, une technique parfaite, un outillage compliqué, toutes choses qui ne peut souvent posséder un praticien général.

Au pays des Satires, par Roger de Beaumercy (Daragon).

En France tout finit par des chansons. Chansons douces, chansons rosses, chansons d'actualité, chansons politiques, chansons mordantes. C'est dans ce genre que le chansonnier mondain Roger de Beaumercy s'est acquis une grande réputation. Ce sont toutes chansons connues, surtout du public lettré que l'auteur a réunies pour les faire connaître au grand public. «Chansons de Lui à Elle ».

Guide de Médecine pratique.—Traitements nouveaux (deuxième édition), par le Dr Hyvert (Maloine).

Intéressant ouvrage de vulgarisation des spécialistes.

Pathologie interne et diagnostic, par le Dr Hyvert (Maloine).

Livre essentiellement pratique contenant des documents utiles.

Recueil des Actes Officiels et Documents intéressant l'Hygiène Publique.

Ce livre contient les travaux — d'ailleurs importants — du Conseil Supérieur d'Hygiène publique de France et est édité par le ministère de l'Intérieur.

De quelques avatars de la Neurasthénie et de son Traitement moral, par le Dr Rush (Maloine).

Bonne étude claire et utile.

La Transplantation restauratrice du péroné après les résections des os longs du membre supérieur ostéo-sarcomes, par le Dr H. Foy (Maloine).

Excellente thèse documentée et remarquée.

L'année Electrique, Electrothérapique et Radiographique par le Dr Foveau de Courmelles (Béranger, Paris).

La treizième année de cette excellente revue annuelle vient de paraître ; elle est encore plus complète, plus documentée et plus intéressante que les précédentes. Tout médecin soucieux de se tenir au courant du progrès de la science électrique doit lire cet ouvrage très bien écrit et très facile à lire, ce qui est l'une des caractéristiques du bon écrivain médical qu'est Foveau de Courmelles et ce qui est particulièrement délicat en ces matières ardues. On sait du reste toute la science et l'habilité technique de l'auteur estimé à juste titre par ses confrères.

Contribution à l'Etude histologique de l'Hypophyse pendant la gestation par le Dr Siguret (Jouve, Paris).

Bonne thèse documentée.

Conférences sur les Accidents du travail et les affections traumatiques par le Dr Lenoir T. II (Vigot, Paris).

Cet ouvrage rendra de grands services, notamment sur les faits d'interprétation difficile (tuberculose et traumatisme, syphilis et traumatisme, cancer et traumatisme, etc.).

Le Diagnostic et le Traitement des Cancers inopérables, par le Dr J. Thomas (Maloine, Paris).

Ouvrage qui sera consulté avec fruit par les praticiens.

Le Traitement de la luxation congénitale de la hanche chez les sujets âgés, par le Dr Gourdon (Bordeaux).

Excellente et complète revue générale avec idées nouvelles.

L'œuvre de Béchamp, par le Dr H. Grasset deuxième édition, Rousset Paris.

Bonne étude d'une doctrine biologique des plus intéressantes.

La Nucléo-Albuminurie, par le Dr Busy (Maloine, Paris).

Dans ce travail l'auteur étudie la réduction rapide de la nucléo-albuminurie, sa signification pathogénique et clinique et les applications pratiques qu'il faut en déduire.

Les Petit Médecins, par le Dr Georges Petit.

Curieuse étude sur les Drs Petit dans l'histoire.

L'Organisation de la défense de la santé en Allemagne, par le Dr H. Swers (Bruges).

La Télégraphie sans fil pour tous, par Duroquier, Paris Orlbac.

Etudes d'Enerinologie, par le Dr Naamé (Maloine).

Bonne mise au point.

La responsabilité atténuée des inculpés, par le Dr Grasset de Montpellier.

Conférence écrite avec toute l'autorité de l'éminent maître.

La circulation du liquide céphalo-rachidien, par le Dr Cathelin (Baillière).

Remarquable travail contenant des applications thérapeutique et nenf schémas. Ouvrage nouveau, clair et très documenté.

L'esthétique dans la Médecine, par le Dr H. Swieckic.

Conférence du IXe Congrès des Médecins et Naturalistes polonais.

Le Laboratoire du praticien, par Gastan et Niclet (Rinat).

ÉCHOS

Deux mille francs d'amende à la Faculté de médecine

Lorsqu'on recherha les causes de la petite épidémie de fièvre typhoïde dont souffrit il y a quelques semaines un quartier de la rive gauche, on découvrit qu'à l'intérieur même de la faculté de médecine des conduites d'eau de rivière avaient été mises en communication avec des conduites d'eau de source.

Pour que pût se produire le mélange des eaux, il avait fallu qu'on brisât les cachets spéciaux apposés sur deux conduites d'eau de rivière par le service municipal. Or, un arrêté du préfet de la Seine en date du 22 septembre 1891 interdisait sous peine d'amende à la faculté de briser elle même ces cachets de garantie.

Cette défense n'ayant pas été respectée, M. Delanney, préfet de la Seine, vient, après avis conforme du service du contentieux, de frapper la faculté de la double amende de 1.000 francs prévue par le règlement.

Congrès d'hydrologie de Madrid

Le Congrès d'*Hydrologie, de Climatologie et de Géologie* se tiendra à Madrid, sous le patronage de Sa Majesté le roi d'Espagne, du 15 au 22 octobre prochain.

Les adhésions doivent être envoyées directement au Docteur Rosendo Castells, 10, Encarnacion, à Madrid. Le prix de la cotisation est de 25 francs.

Une exposition complétera le Congrès. M. le Dr Victor Gardette, 3, rue Humboldt, commissaire pour la France, fournira tous les renseignements désirés aux personnes qui désireraient exposer.

Tous les rapports qui doivent être lus à ce Congrès devront être adressés avant la fin du mois de mai, dernier délai, au Dr Bardet, 21, rue du Cherche-Midi, à Paris. Aucun rapport ne devra occuper plus de 20 pages de volume du Congrès ; chacune des pages de ce volume comporte 42 lignes et la ligne 50 lettres environ.

84e Année (Série XIIIe) — N° 203 — Le Numéro : 25 Centimes — Mercredi 18 Juin 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 18 Juin 1913

A nos Collaborateurs

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la *Gazette Médicale de Paris*, sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs, mettra, désormais à leur disposition un tirage à part à 50 exemplaires, de leurs articles inédits qu'elle aura publiés.

Fixation des droits pour le doctorat en médecine.

Un décret inséré au *Journal officiel* fixe comme suit les droits à percevoir en vue du grade de docteur en médecine :

20 droits trimestriels d'inscriptions à 30 fr.	600	»
20 droits trimestriels de bibliothèque à 2 fr. 50	50	»
20 droits trimestriels de travaux pratiques à 15 fr.	300	»

Ces divers droits dont l'ensemble monte à 950 frs. sont perçus au profit des universités.

Les candidats doivent en plus acquitter :

1er examen. 1 épreuve à 30 francs	40	»
2e examen. 1 épreuve à 30 francs	30	»
3e examen. 1 épreuve à 30 francs	30	»
4e examen. 1 épreuve à 30 francs	30	»
5e examen. 1 épreuve à 30 francs	30	»
5 certificats d'aptitude à 25 francs	125	»
3 examens de clinique à 30 francs	90	»
1 thèse à 100 francs	100	»
1 certificat d'aptitude de la thèse à 40 francs	40	»
1 diplôme de docteur à 100 francs	100	»

les derniers droits, perçus au profit du trésor, représentent un total de 670 francs.

Tout candidat qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué pour l'examen perd le montant des droits d'examen qu'il a consignés.

Il est fait un remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat d'aptitude et de diplôme.

Ce nouveau décret sera applicable à dater du 1er novembre 1913.

Ecole pratique des hautes études.

Il est créé à l'Ecole pratique des hautes études, sous la dénomination d'*Institut d'hydrologie et de climatologie*, quatre laboratoires à savoir :

I. Laboratoire de physique hydrologique (annexe du laboratoire de médecine du Collège de France; directeur, M. d'Arsonval);

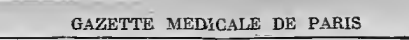
II. Laboratoire d'hygiène hydrologique (annexe du laboratoire d'hygiène générale au Collège de France; directeur, M. Bordas);

III. Laboratoire de recherches analytiques hydrologiques (annexe du laboratoire de chimie analytique à la Sorbonne; directeur, M. Urhain);

IV. Laboratoire de chimie physique (annexe du laboratoire de pharmacie clinique à l'Ecole supérieure de pharmacie, directeur, M. Moureu).

Cet institut aura son siège au Collège de France.

Le laboratoire de thérapeutique hydrologique, dirigé par M. le docteur Albert Rogin. 21, rue du Cherche-Midi, est rattaché à l'Institut d'hydrologie et de climatologie créé à l'Ecole pratique des hautes études.



L'Embaumement chez les anciens Egyptiens

Après avoir pris livraison du mort, les embaumeurs l'emportaient dans leur officine. Là, un *pastophoros* venait d'abord tracer sur le côté gauche du ventre, un peu au-dessus de l'aine, le trajet de l'incision. Puis un *paraschistes* faisait une ouverture de cinq centimètres au moyen d'un couteau d'agathe d'Ethiopie, souvenir probable de l'âge de pierre. Le *taricheutes* sortait alors les viscères.

Parachistes et taricheutes devaient appartenir à la même classe, mais ils n'avaient rien de commun avec les pastophoroi, prêtres de rang élevé, chargés de la garde des livres hermétiques et de l'instruction professionnelle des médecins.

Le praticien qui avait soigné le malade pendant sa vie devait assister à son embaumement. C'était pour lui une occasion sans pareille d'examiner les organes et de contrôler le diagnostic porté. Il pouvait acquérir ainsi une connaissance précise de l'anatomie pathologique et perfectionner journellement sa connaissance des malades et des maladies.

Après cet examen médical, les viscères thoraco-abdominaux étaient répartis dans quatre jarres de Canope, dont les convercles portaient l'emblème de chacun des quatre fils d'Horus, chargés de veiller sur les organes ; *Hapi*, incarnation du Nord, gardait les petits viscères ; — *Tuamutef*, personnification de l'Est, préservait les poumons et le cœur ; — *Amset*, représentation du Sud, protégeait l'estomac et les intestins ; — *Quehlsemuff*, figurant l'Ouest, veillait sur le foie et la vésicule biliaire. Au jour de la cérémonie funèbre, ces jarres devaient être placées autour de la momie, dans la chambre funéraire. On s'occupait alors de la préparation du corps.

Les substances conservatrices employées par les Egyptiens ont suscité de vives discussions entre les savants du monde entier, et bien des inconnues restent encore au problème.

Le terme qu'emploie Hérodote pour désigner l'embaumement est « ταριχευω » dont la signification propre est *mariner du poisson*. Ce mot évoque donc l'idée d'une saumure où le chlorure de sodium servirait de base, et c'est bien ce que corroborent les analyses récentes d'un grand nombre de momies. Mais d'autres analyses ont montré que certains corps avaient été conservés dans une solution de bicarbonate de soude, qui avait formé avec la chaux un véritable vernis protecteur.

Les corps passaient soixante et dix jours dans la saumure avant d'être recouverts de bandelettes, et pendant ce bain prolongé ils subissaient parfois des altérations imputables à la mauvaise préparation du liquide ou à la négligence de l'opérateur. Pour rendre le corps entier au sépulcre et n'avoir à subir aucun reproche, l'embaumeur réparait sa momie par une habile prothèse, et c'est ainsi que le docteur Wood Jones, cité par J. Comrie, a trouvé sur une momie un avant-bras et une main habilement confectionnés en toile et fixés au segment supérieur par une broche de métal placé dans l'axe.

Il est probable que, pour la conservation des corps des rois et des grands, les médecins injectaient eux-mêmes des antiseptiques puissants, à base d'essences aromatiques, dont la composition ne nous est pas parvenue. Ces embaumements spéciaux coûtaient un talent d'argent, soit 5.560 francs de notre monnaie, et c'est grâce à eux que nous sont parvenus intacts les corps des Ramsès, des Sethos, des Thoutmosis, conservés au musée du Caire, et celui d'Aménophis II, découvert dans son sarcophage de pierre, au fond de la Vallée des Morts, à quelques kilomètres de Thèbes.

L'embaumement de 2e classe valait 20 mines, soit 1.840 francs. Quant à la 3e classe, son prix était peu élevé. Dr EDMOND VIDAL.

La Vipère en Thérapeutique

On sait quelle vogue, durant des siècles, eut la vipère dans l'ancienne pharmacopée. Le *Journal scientifique et médical de Poitiers*, région très connue par l'abondance de ce reptile, rappelle à ce propos que dans le *Livre des Drogues* du sieur Pomet, édité en 1785, se trouve un chapitre fort intéressant consacré à cet agent thérapeutique.

La Vipère est une espèce de Serpent qui se trouve en abondance en plusieurs endroits de la France, mais principalement dans le Poitou, d'où nous faisons venir presque toutes les Vipères que nous vendons à Paris.

Autant que ces animaux ont été en horreur à tout le monde le temps passé, autant sont-ils communs présentement, en ce qu'il y a fort peu de gens de qualité qui n'en usent comme d'un fort bon manger et d'un remède spécifique contre plusieurs sortes de maladies.

Quelques-uns prétendent qu'on vende des couleuvres ou des aspics secs, pour des vipères ; mais je n'ose assurer cela, ne l'ayant jamais vu à Poitiers.

Les Surprises de la Thérapeutique

Un remède contre les oxyures (absolument authentique)

Prendre un bâton de sucre d'orge un peu gluant, en introduire l'extrémité comme pour une prise de température rectale ; il paraît que les oxyures se collent en foule, sans même qu'on les appelle...

L'opération se recommence matin et soir et entre temps, le bâton de sucre peut servir de suçon pour les bébés en mal de dents.

Etrange !... Etrange !...

Du tac au tac

Moreau, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, est un jour mandé par Louis XV, pour une blessure qu'il s'est faite au pied.

— Ah ! çà, dit le roi, j'espère bien que vous allez me soigner autrement que vos malades d'hôpital.

— Sire, répondit Moreau, j'ai le regret de dire à votre Majesté, qu'il m'est impossible de la soigner autrement.

— Et pourquoi cela ?

— Parce que je soigne mes malades d'hôpital comme des rois.

Montesquieu et les rayons X

On lit, dans le discours prononcé par Montesquieu, le 25 août 1720, devant l'Académie de Bordeaux, sur les causes de la transparence des corps, ce passage très curieux : « Il est impossible qu'il y ait sur terre une matière si condensée, qu'elle ne donne passage aux rayons lumineux. Supposez des pores aussi tortus que vous voudrez, il faut qu'ils laissent passer la lumière, parce que la matière éthérée pénètre tous les corps. Les corps sont donc tous transparents d'une manière absolue, parce qu'ils laissent tout passer des rayons lumineux, mais il n'en passe pas toujours en assez grand nombre pour former sur la rétine l'image des objets. »

Le Dentier du Coolie

Les coolies importés des Indes dans le Natal pour l'exploitation des cannes à sucre sont d'une constitution chétive. Peu de temps après leur arrivée leur état général s'aggrave encore. Importunés par l'humidité climatérique, mangeant beaucoup de sucre, buvant aussi bouillant que leur palais le permet, la carie ravage bientôt leurs dents. A ce moment leurs chefs, des Arabes, leur font comprendre l'intérêt qu'ils auraient à se laisser extraire ces chicots et à les remplacer par un dentier. Poussés par la douleur et la faiblesse, ils se décident à voir le dentiste. Un contrat est alors signé entre le coolie et le dentiste. Le premier s'engage à payer le dentier 4 livres sterling. Or, il faut dire que ce pauvre diable reçoit 5 livres par an pour son travail. Le dentiste sans tenir compte de l'état du patient, lui extrait les dents et un mois plus tard lui remet un dentier des plus rudimentaires. Alors le calvaire du coolie commence. Chaque fois qu'il ouvre la bouche le dentier tombe, quant à pouvoir mastiquer avec, il n'y faut point compter. Bien entendu, le dentiste et l'exploiteur sont tous deux Arabes et Alliés.

Sainte Agathe, patronne des nourrices

Dans son *Traité des maladies du nourrisson*, M. Lesage, à propos des obstacles à l'allaitement maternel, rappelle que depuis longtemps les nourrices en mal d'hypogalactie implorent sainte Agathe. Cette sainte, qui vivait à Catane au IIIe siècle, subit le martyre et eut les seins coupés. Elle fut enterrée à Catane et de nombreux miracles s'opérèrent sur sa tombe. Vers l'an 1040, ses reliques furent enlevées par une expédition byzantine et transportées à Constantinople. En 1226, la sainte apparut à un officier de l'Empereur et lui ordonna de ramener son corps à Catane, sa patrie, ce qui fut fait. Mais en route, les officiers qui le ramenaient ouvrirent le reliquaire en sortirent les reliques et laissèrent par mégarde la mamelle hors de la caisse. Après leur départ, une femme ayant un enfant au sein s'arrêta et s'endormit. L'enfant se traînant à terre rencontra la glorieuse mamelle de la Sainte, la saisit avec ses lèvres et en tira un lait d'une douceur incomparable, dit la légende. L'évêque prévenu, vint et on eut toutes les peine du monde à faire lâcher prise à l'enfant.

A Langon (Ille-et-Vilaine), à Gouvent (Haute-Saône), il existe une chapelle de sainte Agathe où les nourrices vont en pèlerinage.

Les amulettes qui favorisent la lactation sont des pierres d'agathe. Comme le faisait récemment remarquer M. le professeur Belluci de Pérouse la croyance à l'efficacité des pierres d'agathe provient vraisemblablement d'une association d'idées entre le nom de la Sainte et celui de ces pierres.

DE LA

Présence de l'Ascaris mystax Rudolphi

CHEZ L'HOMME

(Ascaris canis)

Revue générale et observations personnelles du *Stabartz*, Docteur HERMANN SCHOPPLER de Munich.

Par M. ROBERT ENGEL

Interne en Chirurgie à la Maison départementale de Nanterre

Après beaucoup d'auteurs, nous avons eu l'occasion de signaler la fréquence des affections vermineuses chez l'homme et, plus particulièrement, celle des appendicites vermineuses à trichocéphales. M. le Stabartz Dr H. Schöppler, de Munich, a étudié dernièrement une affection vermineuse, rare chez l'homme et dont il apporte deux observations personnelles :

C'est la présence, chez l'homme, de l'Ascaris Mystax Rudolphi. La présence de cet helminthe que l'on rencontre chez le chien et le chat, serait, d'après Morton, plus fréquente chez l'homme qu'on ne le pense. Cet auteur montre le danger pour l'homme du contage direct par la salive de ces animaux domestiques. Nous rapportons ici la revue générale du Dr H. Schöppler, ainsi que le résumé de ses deux observations personnelles.

La présence de l'Ascaris lombricoïde chez l'homme a donné lieu à de nombreux travaux ; parmi les plus importants, citons ceux d'Hubert de Leuckart, Peiper, Heller, Braun-Hertwig, etc. L'Ascaris mystax Rudolphi retient à peine l'attention de ces auteurs; ils se bornent à signaler sa présence chez l'homme comme des plus rares, disent-ils. En effet, après de patientes recherches dans les annales médicales, nous n'avons pu relever que six observations d'ascaridiose due à l'ascaris mystax Rudolphi. Encore sur ces six cas, faut-il mettre en doute l'observation de Pickell, car la malade dont il parle fut, à n'en pas douter, une simulatrice. Elle avait déjà induit en erreur son médecin en lui présentant, comme rendues par elle, des larves de scarabé (Blaps mortisaga), qui jamais jusqu'alors n'avaient été signalées comme parasites de l'homme. Et les échantillons d'ascaris mystax qu'elle disait avoir rencontrés dans ses selles, avaient dû être pris dans les déjections de son chat. Huber signale cette observation dans sa hibliographie clinique de l'helminthologie. A mon avis, il faut absolument l'écarter. Le premier cas, certain, est donc celui de Bellingham. Cet auteur trouva en 1839, dans les selles d'un enfant de 5 ans, une espèce de ver nouvelle pour lui, qu'il baptisa d'ascaris alata. Il figure sous ce nom dans les « Annales of Natural History » (13e fascicule) : « The third species of the genus ascaris, wich occurs in the human intestine, has not histherto been described (although it would appear to have been already observed in this country) as yet I have met with it only once. It belongs to the third division in Rudolphi's arrangement, and to the subdivision in wich the head is winged. From the distinctness of the lateral membranes of the head : I have given it the name of ascaris alata. »

En 1863, Cobbold, dans son article du Lancet signale que ce qu'on avait décrit jusqu'alors sous le nom d'ascaris alata de Bellingham, n'était en somme que les ascaris connus sous le nom d'ascaris mystax Rudolphi et dit « that Bellingham's ascaris alata, was neither more nor less than ascaris mystax».

Il apporte une observation nouvelle et parle aussi de l'observation de Pickell, où il reconnaît l'ascaris mystax et non comme le croyait Bellingham, l'ascaris alata, sans d'ailleurs approfondir l'exactitude de cette observation.

Dans une courte observation dans le Lancet de 1865, T. Morton signale nn quatrième cas d'helminthiase humaine où l'on avait observé l'ascaris mystax dans les selles d'un enfant de 18 mois.

Leuckart, dans son travail sur les parasites humains, paru en 1876, signale deux cas personnels d'ascaris mystax Rudolphi. Une de ses observations a trait à une malade qui, en toussant, vomit nn grand nombre de vers en forme de tuyau de plume. Schultze envoya en 1861, ces helminthes à Leuckart aux fins d'examen. Son examen montra qu'il s'agissait là d'ascaris mystax Rudolphi typiques : « Il n'y a pas lieu de nous étonner, dit cet auteur, de rencontrer chez l'homme ce parasite du chat ». Schneider, lui aussi, signale l'analogie du ver des chiens appelé ascaris marginata, avec le ver des chats, l'ascaris mystax Rudolphi.

Au Congrès de la Société de Physiologie et de Médecine, le 3 juin 1872, Heller signale un nouveau cas d'ascaris mystax, rencontré chez un enfant. Ce ver fut envoyé par le Dr Böhm de Guntzenhausen à l'Institut de Pathologie, à Munich. L'examen montra qu'il s'agissait bien d'ascaris mystax Rudolphi.

En 1882, Kelly eut l'occasion d'observer un autre cas identique. Il s'agissait d'une femme qui vomit 25 fragments de vers très grêles ; ceux-ci furent apportés à cet auteur qui les identifia comme ascaris mystax. Kelly réunit alors les observations ayant trait à l'ascaris mystax. Il s'est glissé une erreur dans son travail par ce fait qu'il a compté plusieurs fois une même observation.

Depuis, j'ai refait toutes les recherches possibles afin de trouver de nouvelles observations ayant trait à la présence de l'ascaris mystax chez l'homme et je suis arrivé à conclure qu'il n'existait en réalité que 7 cas certains dans toute la littérature médicale.

Grassi, dans ses recherches personnelles sur les infections d'origine helminthique chez l'homme, chez mille sujets observés ne rencontra jamais chez eux l'ascaris mystax. De là à conclure que ce parasite ne se rencontre jamais chez l'homme, c'est aller trop loin et trop vite. Il faut faire la part des difficultés de ces recherches, des erreurs qui peuvent s'y glisser et surtout envisager la la question de la chance : l'observation de Leuckart est bien là pour nous le prouver.

Ma première observation a trait à une enfant de 9 ans. Ses parents avaient été frappés par la pâleur de son visage, son appétit normal jusqu'alors s'était transformé en une véritable fringale continuelle. Son caractère de gai qu'il était, était devenu peu à peu maussade et grognon.

A l'examen, on constatait un amaigrissement très notable et généralisé. Les muqueuses étaient très décolorées, presque exsangues. A part cela, l'enfant paraissait très saine. Les selles qui n'avaient jamais été examinées furent recueillies sur notre demande et j'y trouvai dès le lendemain un ver en forme de tuyau de plume, plus petit et plus mince que ne le sont habituellement les ascaris lombricoïdes. Je pensais cependant avoir affaire à un Ascaris lombricoïde, mais seulement d'une taille inférieure à la normale. Par un traitement à la Santonine l'enfant expulsa 20 fragments de ces petits vers en tuyau de plume. Je n'ai jamais pu savoir quel fut le nombre exact des vers expulsés; car le père n'apporta qu'une partie des selles de son enfant à l'Institut de Pathologie de Munich.

Après un examen approfondi, je vis que j'avais affaire à des ascaris mystax Rudolphi par leur forme caractéristique en aile, par l'élargissement de la portion céphalique. Enfin la position des lèvres, la longueur de ces specimens variant de 40 à 60 jusqu'à 120 et 180 mm. me prouvèrent bien que j'avais affaire à nn nouveau cas d'ascaris mystax Rudolphi chez un être humain.

Je cherchai naturellement le point de départ de cette infection. Le père m'ayant dit posséder deux chats et un chien Saint-Bernard, je pus, chez tous ces animaux, reconnaître la présence de l'ascaris mystax Rudolphi. C'était donc là encore, à n'en pas douter, une infection par contage direct de l'animal à l'enfant.

Dans un examen plus complet fait par M. Entz Geza, Docent à l'Université de Budapest, ces ascaris furent reconnus comme ascaris mystax Rudolphi typiques. Les femelles avaient au plus 9 centimètres de long et les mâles de 4 à 5 centimètres.

Le deuxième cas fut observé à Tutzing en 1911, il s'agissait d'un enfant de 3 ans. Les parents s'étaient aperçus qu'il avait des vers dans ses selles. Ceux qu'on me présenta comme ayant été pris dans les selles de l'enfant, avaient été tellement abîmés par un séjour de 24 heures dans un bout de papier, que tout ce que je pus dire c'est qu'il s'agissait là d'une affection ascaridienne. L'enfant paraissait bien portant, seul son visage avait une pâleur marquée. L'appétit était bon, l'enfant ne souffrait pas, ni ne présentait de démangeaisons anales. Sans l'observation toute fortuite par les parents de ces vers dans les selles de leur enfant, rien ne pouvait signaler la présence de ces parasites intestinaux.

Je fis recueillir les selles et le lendemain, je pus reconnaître la présence de cinq vers qui me parurent semblables à ceux que j'avais examinés autrefois à Munich. L'examen microscopique montra sans aucune hésitation qu'il s'agissait là d'ascaris mystax Rudolphi, l'élargissement de la tête en forme d'*aile*, la situation des lèvres, la forme de la partie caudale, leur longueur, tous ces éléments ne rendirent pas la reconnaissance bien ardue.

Par un traitement à la Santonine, l'enfant expulsa encore 16 parasites semblables. Dans les examens coprologiques qui suivirent, on ne retrouva plus d'œufs ni d'ascaris mystax adultes. Actuellement, l'enfant est guérie. Dans la maison habitée par ma petite malade vivait un petit chien ; mon attention se porta de suite sur lui, puisqu'il est démontré que les chiens peuvent, eux aussi, être infestés par le ver des chats. L'examen des selles de ce chien confirmèrent mes doutes. Un traitement au Kamala débarrassa à son tour ce chien de ses parasites.

Pour conclure, nous dirons donc avec Morton, que l'ascaris mystax du chat est plns fréquent chez l'homme qu'on ne le croit. Seuls des examens sérieux et répétés pourront le montrer. En effet, quelques semaines avant de rencontrer ma première petite malade, qui fut le point de départ de ce travail, le Dr E. m'apporta à examiner un ver en forme de tuyau de plume. Mon confrère avait été frappé par la minceur de l'abdomen du ver et de son aspect grêle. Par un premier examen j'arrivai à conclure qu'il ne s'agissait là que d'un ascaris lombricoïde ordinaire. Pour en être tout à fait sûr cependant, je donnai ce ver à examiner au conservateur de l'Institut de Zoologie et Zootechnie, à Munich, le Dr Doflein.

Ce dernier, au bout de quelques jours, confirma mon diagnostic : c'était bien un simple

ascaris lombricoïde. De même pour mon deuxième cas, ce n'est que grâce à un examen approfondi et répété qu'il put être identifié. Un médecin livré à ses seules ressources n'aurait pu l'identifier. On peut donc bien penser que souvent des cas analogues ont pu ou pourront encore se présenter.

Nous concluons en disant que, quand bien même on croit avoir affaire à un simple ascaris lombricoïde, il est bon de confirmer son diagnostic par un examen de laboratoire. La peine en est minime et même, si elle existe, elle est souvent récompensée par la valeur des résultats obtenus.

BIBLIOGRAPHIE

Bellingham O'Brian. — Undescrib. spec. of human intestinal worm. The Dublin med. Press. 1. 1839.

Braun. M. — Die tierischen Parasiten des Menchen, Würtzbourg, 1903.

Cobbold T. Sp. — On the occurence of ascaris mystax in the human subject. The Lancet V. 1. London, 1863.

Engel Robert. — De l'appendicite vermineuse et de son traitement. *Gazette Méd. de Paris*, 31 janvier 1912 et Progrès médical, 23 mars 1912 et Bulletin comm. de Pharm. avril 1912.

Grain. B. — Beitrag zur Kentnis des Entwieklungszyklus. von fünf parasiten des Hundes. Central Blat f. blakt en Parasitt, IV, 1888. — Intorno all' ascaris myst, XXXIX, 1879, Gaz. méd. it Lomb.

Heller C. — Uber ascaris mystax. — Sitzungsberichte. d. phys. méd. Soci. z. Erlangen 1872.

Hertwig R. — Lehrbruh der Zoologie.

Huber J. Ch. — Bibl, d. Klin. Helmintbologie H. 6/6 Munchen 1893.

Kelly A. — The occurence of the ascaris mystax Rud. in the human body With a case. Americ Journ, of the med. Sciences. Philadelphia 1884.

Leuckart R. — Die mench Parasiten ünd die von ihnen berrührenden Krankheiten 11 Bd Leipzig-Heidelberg, 1876.

Morton. T. — Ascaris mystax. The Lancet V. I., London 1865.

Peiper F. — Nematodes in die deutche Klinik am Eingange des 20 Iahrhunderts.

Piekells. — Case of joung woomen etc. Trans. Assoc. of King's and Queen's College of Phys. in Ireland. Vol. IV, and. V, 1824.

Schneider. — Monographie der nématoden. Berlin 1866.

Schöppler H. — Uber das Vorkommen von Askaris mystax Rud. b. Mench. Nebst. ein Kasüuistichen Beitrage. Wiener Klin Rundschau, n° 9, 1908. — et Central bl. f. Blackt. Parasit ind Infection Krankh. Bd. 58, 1911.

Sénéchal et Engel. — Trois cas d'appendicite vermineuse, Gaz Méd., 26 juillet 1911.

Les Progrès de la Radiothérapie

EN GYNECOLOGIE

Par le Docteur R. BORDIER

Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lyon

Le traitement des fibromyomes utérins et des hémorragies de la ménopause par les rayons X mérite de tenir la première place et de beaucoup parmi les moyens thérapeutiques non opératoires.

Après plus de quatre ans de pratique et d'observation journalière, après plus de quatre ans consacrés presque exclusivement à l'étude de la technique de ce nouveau traitement, maintenant que l'horizon s'est éclairci des gros nuages noirs dus à plusieurs cas de radiodermite tardive, maintenant que nous connaissons la cause de ces réactions tardives, maintenant surtout que la technique employée ne fait courir aucun risque, pas plus immédiat que lointain, aux malades traitées, je puis affirmer qu'*en tenant compte des indications et des contre-indications* que l'expérience a permis d'établir nettement, la guérison clinique des fibromateuses peut être escomptée d'une façon à peu près mathématique.

On peut dire qu'à mesure que les résultats thérapeutiques seront plus connus, un moment viendra où bien peu nombreuses seront les fibromateuses qui n'exigeront pas d'être soumises au traitement radiothérapique avant toute intervention sanglante.

Ses résultats sont si beaux, dans les cas bien choisis, que le traitement par la technique que j'indiquerai plus loin peut supporter sans peine la comparaison avec les résultats que fournit l'intervention chirurgicale.

Il faut remarquer d'abord que les cas où la radiothérapie donne les plus rapides et les plus complètes guérisons, coïncident avec ceux où la chirurgie enregistre le plus grand pourcentage d'issues fatales consécutives à l'opération. Ce pourcentage, vers l'âge de 50 ans, peut atteindre une assez grande proportion, alors que chez les femmes jeunes, vers 30 ans, l'hystérectomie constitue au contraire une opération presque bénigne. Les chirurgiens peuvent donc s'entendre avec les radiothérapeutes, puisque c'est dans les cas où la radiothérapie n'est pas indiquée, chez les femmes jeunes, que l'intervention fournit ses plus beaux succès et qu'inversement c'est dans les cas où la chirurgie donne les plus mauvais résultats, chez les femmes voisines de 50 ans, que la radiothérapie enregistre ses plus complètes guérisons, en particulier lorsqu'il existe de violentes métrorragies.

Une autre considération très importante qui intéresse à la fois l'intervention chirurgicale et le traitement radiothérapique est celle relative aux suites opératoires, dans les deux cas. Voici par exemple, deux fibromateuses de 45 ans; l'une a été hystérectomisée, l'autre a subi trois séries d'irradiations röntgéniennes; l'une et l'autre sont débarrassées des symptômes dus aux fibromyomes. Chez la première le fibrome a disparu et avec lui l'utérus et les ovaires; chez la seconde, le fibrome s'est réduit des deux tiers ou davantage, la matrice restant simplement plus volumineuse qu'à l'état normal. Enfin chez l'une et chez l'autre, il n'y a plus aucune perte.

Suivons ces deux malades et comparons leur état général: chez celle qui a été privée de son utérus et de ses ovaires, on voit apparaître « des troubles profonds de l'organisme auxquels échappent bien peu des malades opérées (1) » et en particulier « des vertiges, de l'insomnie, de la céphalalgie, de l'irritabilité, de la tendance à la tristesse sans cause, de la perte de mémoire (2) ».

Parmi les troubles trophiques, le principal est l'obésité qui atteint 40 p. 100 des malades suivies après l'opération : enfin des accidents congestifs caractérisés par des bouffées de chaleur pouvant atteindre 80 à 100 accès dans la même journée et dont la durée moyenne est de 2 à 3 ans, quoique pouvant aller jusqu'à 15 ans (Tuffier et Maute).

Chez la malade soumise à nos trois séries d'irradiations, au contraire, nous constatons un relèvement de l'état général qui fait l'étonnement de l'entourage, un changement dans le teint, une sorte de rajeunissement très remarquable et constant; chez elle, on n'observe pas ces troubles profonds de la malade hystérectomisée, ni vertiges, ni insomnie, ni douleurs de tête, pas non plus de tristesse, tout au contraire, pas la moindre amnésie. Il y a bien quelques bouffées de chaleur, mais ce malaise ne dure pas et n'est d'ailleurs pas constant; on l'observe pendant quelques semaines, rarement plus de 3 mois, après la fin du traitement. Quant à l'obésité, l'enquête que j'ai faite sur une trentaine de fibromateuses guéries par la radiothérapie, m'a montré que ce trouble de l'organisme n'existe pas; les anciennes malades ont vu leur corpulence s'améliorer par suite de l'arrêt des pertes et du relèvement de l'état général, mais, dans aucun cas, je n'ai trouvé de l'obésité.

Les très notables différences qui viennent d'être mises en évidence entre le traitement radiothérapique et l'opération sanglante tiennent évidemment à ce que dans le premier cas la femme conserve ses organes essentiels, matrice et ovaires, organes qui sont absents dans le deuxième; ici, la sécrétion interne des glandes ovaires ne peut plus avoir lieu, là, au contraire, elle continue à se faire normalement. Les rayons X ont bien atrophié les follicules de de Graaf mais ils ont laissé intacte la fonction glandulaire des ovaires, ainsi que le prouvent les manifestations vitales de la femme, puisque à part quelques « vapeurs » d'une durée quasi éphémère on ne note aucun des symptômes d'insuffisance ovarienne que MM. Tuffier et Maute ont si bien exposés dans le travail déjà cité.

Toutes ces considérations sont d'une haute importance et doivent entrer en ligne de compte dans la décision à prendre par un médecin en face d'une malade atteinte de fibrome et dont les conditions pathologiques sont telles que le traitement radiothérapique est indiqué. Le médecin devra donc se poser la question : vaut-il mieux conseiller l'hystérectomie ou le traitement par les rayons X? La réponse ne saurait être douteuse si ce médecin tient compte d'une part des risques de l'intervention sanglante à côté de l'absence totale de ceux du traitement radiothérapique et d'autre part des suites de l'opération chirurgicale comparée à celles du traitement röntgénien.

Depuis que Foveau de Courmelles fit connaître en 1904 quelques améliorations dans les symptômes hémorragiques des fibromateuses, l'emploi des rayons X en gynécologie a pris un grand développement. Deutsch, puis Len Gpelzer et Gorl, Frankel rapportèrent plusieurs cas de fibromyomes sérieusement modifiés par les rayons X; Moi-même, au mois d'août 1909 (Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences), j'ai rapporté 3 cas de malades fibromateuses cliniquement guéries par le traitement radiothérapique appliqué dès 1908. Depuis cette époque, de nombreux observateurs ont confirmé les résultats des premiers radiothérapeutes.

Au Congrès de Physiothérapie de Paris, en avril 1911, le docteur Siredey, médecin des hôpitaux de Paris, s'exprimait de la façon suivante:

« Depuis quelques années, une méthode nouvelle est intervenue dans le traitement des myomes. Les rayons de Röntgen comptent à leur actif des résultats décisifs et ceux-ci sont assez nombreux déjà pour que la radiothérapie puisse revendiquer une part importante dans le traitement des fibromyomes.

« Elle provoque l'atrésie des follicules de de Graaf en même temps qu'un processus accentué de sclérose; son influence se fait également sentir sur l'utérus et sur les myomes dont elle détermine la régression rapide, par un mécanisme encore mal connu. »

Les premiers essais de radiothérapie gynécologique de Foveau de Courmelles étaient faits avec un nombre de séances considérables; cet auteur employait de 100 à 150 irradiations, ce qui aurait rendu la méthode peu pratique si l'on avait dû avoir recours à d'aussi nombreuses séances de radiothérapie.

Dans mes premières tentatives de radiothérapie pour fibromyomes, j'ai employé la « méthode des séries », consistant en trois irradiations pour chaque porte d'entrée des rayons.

La méthode des séries était très bonne en principe et je l'ai conservée dans la nouvelle technique que je vais exposer; mais le nombre des séries que l'on se croyait en droit de pouvoir appliquer, par suite de l'absence sur la peau de toute radiodermite ou même souvent d'érythème, constituait un danger que l'on n'aurait pas pu prévoir d'une façon certaine à priori.

Si, en effet, la peau conservait une intégrité apparente à la suite d'un nombre de séries dépassant 7 ou 8, il ne s'en est pas moins produit des troubles trophiques dont l'apparition s'est faite, dans quelques cas, 6 à 12 mois après la fin du traitement.

Ces troubles trophiques tardifs paraissent résulter d'une vitalité ralentie de la région abdominale envahie par le tissu adipeux chez beaucoup de femmes et peu irriguée (Spéder); à la longue il se ferait une artérite, amenant un gonflement des parois des artérioles, qui priverait de liquide nourricier les territoires lésés;

(1) Th. Tuffier et A. Maute, *Presse Médicale*, samedi 23 novembre 1912.

(2) *Ibid.*

d'où production d'une escharre très longue à guérir et très douloureuse.

Ce très grand désagrément peut être sûrement évité aujourd'hui que nous le connaissons : par la technique suivante, on ne risque pas de voir apparaître ces troubles trophiques lointains. Pour cela il faut ne pas pousser le nombre des séries au delà de 4 ou 5 au maximum et augmenter l'épaisseur des filtres à mesure que l'ordre de la série augmente. Il faut en outre que les doses de rayons appliqués ne puissent pas empêcher une intervention chirurgicale ultérieure si celle-ci devenait nécessaire, soit par suite d'une erreur de diagnostic, soit par toute autre raison. En d'autres termes, il faut que la peau de la région médiane de l'abdomen, là où se pratique l'incision du chirurgien, soit peu irradiée.

Ce qui domine la technique que je préconise, c'est la mesure des doses de rayons X dans chaque irradiation : ces doses s'apprécient facilement par le virage de pastilles de platino-cyanure de baryum sensibilisées, soit en unités H., soit en unités I ; celle-ci dérive d'une pesée et présente par suite beaucoup plus d'exactitude et de précision que l'unité H.

* * *

La caractéristique de la nouvelle technique que j'emploie, c'est que, quelle que soit la porte d'entrée des rayons et quelle que soit l'épaisseur des filtres d'aluminium utilisés, la quantité de rayons incidente, mesurée sur le filtre, est constante et toujours égale à 3, 6 unités I, ou, si l'on veut, à 5 unités H. Ce qui varie, suivant les portes d'entrée des rayons et suivant l'ordre des séries d'irradiations, c'est l'épaisseur du filtre ; par suite, la quantité de rayons absorbée par la peau subit des variations qu'il est facile de régler d'après l'épaisseur de la lame d'aluminium que les rayons ont à traverser avant d'arriver à la peau.

L'appréciation de la quantité incidente constante de 5 unités H., se fait avec mon chromoradiomètre en plaçant une pastille sensibilisée sur le filtre et en l'amenant à un virage tel que si l'on fait la comparaison de la pastille avec les teintes étalons, à *la lumière artificielle* d'une bougie ou d'une petite lampe à essence de pétrole, la coloration de la pastille est la même que celle de la teinte III de l'échelle étalon ; cette détermination est très facile à faire. Si l'on opère la comparaison à la lumière du jour, il faut avoir soin de se servir du petit photomètre que j'ai récemment décrit et obtenir le virage de la pastille jusqu'à la teinte I de l'échelle étalon.

Il est commode, pour obtenir la constance de la dose incidente de 5 H., de placer l'anticathode à une distance fixe de la peau ; pour cela, un moyen pratique consiste à amener l'ampoule à une distance de la peau telle que l'épaisseur des quatre doigts de la main sépare la paroi de l'ampoule de la peau.

Les irradiations de la ligne médiane se feront toujours avec une épaisseur de filtre d'aluminium de 3 millimètres et demi ; les irradiations des deux régions latérales, au contraire, seront faites en employant des lames filtrantes d'épaisseur que je vais faire connaître.

Une série d'irradiations se compose, comme je l'ai dit, de trois irradiations par porte d'entrée des rayons : soit en tout, neuf irradiations qui seront faites à raison d'une par jour, en commençant par exemple, par le côté gauche, en continuant par le côté droit, puis par la région médiane ; il faudra donc 9 jours pour faire une série complète. On s'arrangera de manière à ce que les règles de la malade aient lieu dans l'intervalle de deux séries consécutives.

Pour les deux régions latérales, ovariennes, la formule de filtration sera la suivante, chaque épaisseur de filtre se rapportant à une même région, par exemple la région droite.

FORMULE DE FILTRATION

	1re Irr.	2e Irr.	3e Irr.	Dose totale sous le filtre
Première série.	1/2 mill.	1/2 mill.	1 mill.	7 H
Deuxième série.	1/2 —	1 —	1,5 —	6 H
Troisième série.	1 —	1,5 —	2 —	4 H
Quatrième série.	2 —	2,5 —	3 —	3 H
Cinquième série.	2,5 —	3 —	3,5 —	2 H

A chaque série, il est possible, sachant que la dose incidente est toujours la même, de connaître la quantité de rayons X qui est transmise à travers le filtre employé et qui se présente au niveau de la peau pour la traverser et aller agir sur les cellules radio-sensibles situées profondément. Pour cela, je ferai usage des expériences de Guilleminot et des miennes relativement à l'absorption des différentes épaisseurs d'aluminium. En employant des rayons de fort degré radio-chromométrique n° 10, comme c'est utile dans le traitement radiothérapique des fibromyomes, la proportion de rayons transmise par les différents filtres est celle que je vais indiquer. En prenant comme dose incidente sur le filtre, 3, 6 unités I, on peut assigner à la quantité transmise par chacun des filtres les valeurs suivantes :

Épaisseur du filtre	Quantité transmise p. 100	Doses filtrée
1/2 millimètre	55 p. 100	2 I
1 —	37 —	1,3 I
1,5 —	27 —	0,97 I
2 —	22 —	0,8 I
2,5 —	17 —	0,6 I
3 —	14 —	0,5 I
3,5 —	12 —	0,43 I

C'est avec ces nombres que j'ai pu calculer la quantité de rayons que reçoit la peau sous les filtres, à chaque irradiation latérale, et qui est inscrite dans le tableau de formule de filtration. Aux nombres précédemment mentionnés, il convient d'ajouter une faible quantité provenant des rayons obliques de l'irradiation médiane faite avec 3 mm. 5 d'aluminium : sous un tel filtre, la peau reçoit à chaque irradiation et sous l'incidence normale, 0,4 H. seulement.

Il faut avoir soin, au moment où l'on place l'ampoule, de diriger la ligne correspondant à la quantité maxima émise par chaque ampoule, et sur laquelle j'ai insisté à plusieurs reprises, vers la région de l'ovaire, lors de chaque irradiation latérale ; cette ampoule doit toujours être aussi dure que possible et émettre des rayons de n° 9 à 10 Benoist. Les ampoules que j'utilise et que je conseille sont des ampoules de Müller à anticathode refroidie par l'eau, de 16 à 17 centimètres de diamètre ; en sorte qu'en utilisant la distance que j'ai indiquée (épaisseur de la main), l'anticathode se trouve, avec ces ampoules, à environ 18 centimètres de la peau.

Certaines précautions sont nécessaires à prendre pour l'installation des filtres : il faut avoir soin, d'abord, de relier le filtre à une bonne terre et de faire tenir ce filtre par la malade, dont la main est recouverte d'une lame de plomb ; on évite ainsi des aigrettes et des picotements provenant du champ électrique développé par l'ampoule. Il faut en outre, protéger dans chaque irradiation latérale, au moyen d'une lame de plomb de 10 à 12 centimètres de largeur, la région médiane de l'abdomen, de façon à ce que les rayons divergents ne viennent pas toucher cette région médiane qui ne recevra de rayons X que pendant les trois séances faites avec le filtre constant de 3 mm. 5, soit 1,2 H. par série.

Ces séances doivent être faites à raison d'une par jour : cette pratique est bonne, d'abord parce qu'elle permet un intervalle de deux jours entre chaque irradiation faite sur la même porte d'entrée ; ensuite, elle réalise le fractionnement des doses si utiles pour l'intégrité de la peau ; enfin, elle évite les malaises plus ou moins accentués qu'on observerait si les doses faites sur les ovaires étaient plus fortes, ou si les deux régions ovariennes étaient irradiées l'une et l'autre dans la même séance.

L'augmentation croissante de l'épaisseur des filtres, avec le nombre des séries, n'a pas seulement pour but de diminuer progressivement la quantité de rayons absorbés par les tissus et par la peau ; elle a l'avantage surtout d'augmenter le degré de pénétration des rayons transmis au delà des filtres. Dans ces conditions, on n'observe pas, même après 4 ou 5 séries d'irradiations, la moindre radiodermite, tout ce qu'on remarque, c'est une coloration brune de la peau. Quant aux radiodermites tardives, on est sûr par cette technique précise d'en être complètement à l'abri.

Indications et contre-indications. — Les indications du traitement radiothérapique dépendent des facteurs suivants :

1° *Age de la malade.* — Comme limite inférieure, on doit admettre 39 ans. En dessous de cet âge, il est préférable que la malade subisse l'intervention chirurgicale ou qu'elle attende : il faudrait, en effet, pour arriver à produire la ménopause précoce chez les femmes plus jeunes une dose de rayons très forte qui risquerait de provoquer sur la peau une radiodermite, soit immédiate, soit surtout tardive à cet âge-là.

Comme limite supérieure, il est difficile d'en fixer une. On voit des fibromateuses perdre encore abondamment à 56 ans, 58 ans. D'une façon générale, les chances de succès du traitement radiothérapique seront d'autant plus grandes que la femme n'aura pas encore vu s'établir la ménopause naturelle. Toutefois, on pourra espérer obtenir une diminution sensible du fibromyome, si la ménopause ne remonte pas à plus d'un an ou deux ;

2° *Nature du fibrome.* — Ce sont les fibromes interstitiels qui sont le plus justiciables du traitement par les rayons X. Les myomes pédiculés et multiples sont bien plutôt du ressort de la chirurgie ;

3° *Phénomènes hémorragiques.* — Les cas qui fournissent les plus rapides et les plus satisfaisants résultats sont ceux où existent des hémorragies abondantes au moment des règles. Chez les femmes qui perdent pendant une dizaine de jours avec caillots, les effets de la radiothérapie sont remarquables, pourvu que la malade soit dans les conditions d'âge indiquées déjà ;

4° *Volume du fibromyome.* — Ce sont les tumeurs dont le volume est le moins développé qui évidemment constituent les cas les plus favorables ; cependant, les myomes dont le volume correspond à une grossesse de 5 mois et plus, ceux qui remontent à l'ombilic et même un peu au-dessus, sont également fortement influencés et peuvent régresser dans des proportions très sensibles, pour arriver à présenter, par exemple, le volume d'une orange ;

5° *Hémorragies de la ménopause.* — Le traitement radiothérapique fournit d'excellents et constants résultats dans les hémorragies de la ménopause ; une ou deux séries d'irradiations amèneront le résultat désiré.

Si le traitement radiothérapique a de nombreuses indications il y a aussi des contre-indications ; les myomes qui présentent des dégénérescences nécrobiotiques, les myomes calcifiés, les myomes kystiques doivent être réservés à l'intervention chirurgicale ; il en est de même des myomes malins, des myomes infectés, suppurés ou gangrénés.

Lorsque le fibromyome présente des complications de salpingite suppurée ou de pelvi-péritonite péri-salpingienne plus ou moins aiguë, le traitement radiothérapique doit céder le pas au traitement chirurgicale. Dans les tumeurs annexielles fusionnées, en apparence avec l'utérus, le diagnostic est ou peut être difficile, ces tumeurs pouvant être confondues avec un fibrome.

On doit être aussi mis en garde contre les erreurs de diagnostic provenant de lésions inflammatoires des annexes ou de lésions tuberculeuses, car elles peuvent être cliniquement con-

fondues avec l'organe utérin et être prises pour une tumeur bosselée de l'utérus, c'est-à-dire pour un fibrome.

Il y a donc des réserves à faire, relativement aux erreurs de diagnostic possible et aux complications. Malgré cela, il est évident qu'un grand nombre de cas de fibromyomes sont d'un diagnostic facile, certain et « l'on pourra faire bénéficier un grand nombre de malades, ainsi que l'a reconnu le professeur de Clinique gynécologique de la Faculté de médecine de Lyon, de ce traitement non opératoire (1). »

RÉSULTATS. — Je crois plus intéressant d'exposer les résultats généraux que le traitement radiothérapique permet d'obtenir plutôt que de décrire chaque cas dont j'ai obtenu la guérison.

Après la première série, lorsque la malade revient pour faire la seconde, on constate peu de changements ; les règles ont été quelquefois moins abondantes qu'auparavant ; d'autres fois si la femme est vers la quarantaine, les pertes, tout en étant moins fortes, ont duré presque autant qu'avant le traitement. Cependant, s'il s'agit d'une femme de 47 à 48 ans et si la première série a été faite aussitôt après les règles, on pourra constater qu'il y a eu absence de toute perte rouge.

Après la deuxième série, les résultats qu'annoncera la malade varieront suivant son âge : au voisinage de 45 ans, il pourra y avoir eu absence de pertes et de règles ; plus jeune, la malade aura eu encore des règles, mais ses pertes ou ses hémorragies auront subi une diminution très sensible ; en même temps, le volume du fibrome présentera une diminution marquée.

Après la troisième série, la plupart des malades à part celles de 39 à 40 ans, n'auront plus revu de pertes, ni rouges, ni blanches ; le fibrome se sera fortement atrophié le plus souvent ; s'il remontait jusqu'à l'ombilic avant, il pourra s'être abaissé de quatre travers de doigts ou bien ne plus être perceptible à travers la paroi abdominale.

Lorsque les règles ont reparu, il faut procéder à une quatrième série : c'est ce qui arrive chez les femmes de 39 à 40 ans. Il est rare qu'il faille aller plus loin : si cela était nécessaire, on procéderait à une cinquième série faite dans les conditions que j'ai indiquées et sans le moindre risque.

Pour faciliter la résorption des cellules fibromateuses, je conseille aux malades de boire, pendant le traitement, des tisanes diurétiques de queues de cerises, de stigmates de maïs, édulcorées avec une cuillerée à bouche de lactose.

Après la fin du traitement, on constate, d'une façon constante, une amélioration considérable dans l'état général des malades. Leur teint se modifie et devient beaucoup plus normal, en même temps qu'une sorte de rajeunissement s'observe à peu près chez toutes les fibromateuses traitées.

Dans la ménopause précoce ainsi obtenue, les « vapeurs » durent très peu de temps ; ce qui semble bien prouver qu'il n'y a pas d'insuffisance ovarienne à la suite de l'action des rayon X (2).

Les Appareils «tue-rats» de la Marine américaine

Cet appareil, dont nous trouvons la description dans les *Archives de médecine navale*, est composé d'un morceau de bois sec, d'un demi-pouce d'épaisseur, de deux pouces de largeur et assez long pour occuper la largeur d'une porte en reposant sur le seuil. Sur ce morceau de bois sont vissées deux lames de cuivre, épaisses de 3/8 de pouce et distantes d'un pouce l'une de l'autre. Ces lames sont reliées, l'une au pôle positif, l'autre au pôle négatif des fils d'éclairage électrique. Lorsqu'il entre dans une chambre, le rat doit naturellement passer d'une plaque de cuivre à l'autre, et ce faisant, provoque le court-circuit fatal.

Afin d'être efficace, cet appareil demande l'emploi d'un courant de 110 volts.

(1) *Soc. des Sciences méd. de Lyon*, 11 janvier 1911.
(2) *Soc. de radiol. médic. de Paris.*

Petite Enquête chirurgicale (1)

(Suite)

A qui doit appartenir une balle reçue par un blessé? Au chirurgien qui l'a extraite, ou au blessé qui l'a reçue? Tel est l'objet de l'enquête toute d'actualité poursuivie actuellement par *la Gazette médicale de Paris* auprès de ses lecteurs.

XXIX

Nous venons de recevoir de Me Etienne Carpentier une importante consultation où cet éminent avocat examine les côtés juridiques de la question et établit sur de sérieux arguments le droit de propriété du blessé.

Monsieur le Directeur,

Vous m'avez fait demander mon opinion sur le point de savoir qui, du soldat blessé à la guerre et du chirurgien qui l'a soigné, peut être considéré comme le propriétaire d'un projectile reçu par le premier et extrait par le second.

Je ne crois pas douteux que le blessé soit seul autorisé à en revendiquer la propriété, bien qu'en même temps il m'apparaisse comme besogne assez délicate de déterminer de quelle façon ce blessé est devenu propriétaire. Il n'est guère possible de raisonner autrement que par analogie, sans prétendre à faire entrer rigoureusement ce mode d'acquisition dans une des catégories classiques.

On peut être tenté à premier examen de voir dans ce moyen d'acquérir un exemple d' « occupation ». Mais il semble qu'on doive aussitôt abandonner cette conception, car l'occupation est un mode d'acquérir qui consiste dans la prise de possession d'une chose sans maître, faite avec l'intention d'en devenir propriétaire. Or, s'il est vrai que le projectile présente bien le caractère d'une chose sans maître, du moins, l'élément intentionnel de l'occupation fait absolument défaut dans notre hypothèse. Et je ne crois pas qu'il soit possible de faire un rapprochement entre l'intention manifestée par le blessé postérieurement à l'extraction et l'intention qui se manifeste chez l'inventeur d'un trésor postérieurement au moment où le hasard lui a fait découvrir ce trésor.

Il y aurait lieu plutôt de chercher un rapprochement avec le mode d'acquérir nommé « accession » qui consiste pour le propriétaire d'une chose à devenir aussitôt propriétaire de tout ce qui s'incorpore ou s'unit à sa chose de façon naturelle ou artificielle. L'accession se produirait, dans notre hypothèse, par l'incorporation du projectile au corps du blessé. L'incorporation n'est pas douteuse, puisqu'elle a rendu nécessaire l'extraction par le chirurgien. D'autre part, le corps du blessé peut bien dans une très large mesure tout au moins, être considéré comme sa propriété.

Je préfère pourtant ne me rallier ni à la théorie de l'accession, ni à celle de l'occupation et considérer comme un mode *sui generis* l'acquisition du projectile par le blessé. A mon avis, le propriété du projectile représente le prix de la douleur soufferte par le soldat blessé, du sang par lui perdu, du danger qu'il a couru et peut courir encore, de l'ébranlement possible de sa santé. Mais il est autre chose à quoi il importe de s'attacher surtout dans le conflit spécial qui s'élève entre le blessé et le chirurgien, c'est l'intérêt que présente pour chacun d'eux la possession du projectile. Il semble que cet intérêt, pour le blessé, soit celui d'un souvenir glorieux et qu'il soit, pour le chirurgien, l'intérêt qu'attache le collectionneur à un objet susceptible d'offrir un certain caractère de curiosité scientifique.

Or, sans discuter l'intérêt du blessé, il apparaît nettement que l'intérêt plus ou moins scientifique ou de simple collection présenté par le projectile, n'a pris naissance que comme conséquence directe et immédiate de son action sur le corps du blessé. C'est la déformation du projectile qui semble devoir le rendre intéressant pour le chirurgien, ou bien c'est au contraire son état de conservation, en tenant compte dans les deux cas des conséquences de l'une ou de l'autre et de l'aspect de la plaie produite.

Un grand nombre de détails peuvent ajouter à cet intérêt, dans l'examen desquels je n'ai pas compétence pour entrer. Je me borne seulement à retenir le lien de causalité créé entre l'intérêt du chirurgien et le projectile, par le contact violent de ce projectile et de l'organisme du blessé. Cet intérêt est donc bien encore le prix de la douleur, du sang et du péril couru. Pour involontaire qu'il soit de la part du blessé, ce résultat n'en doit pas être moins considéré comme son œuvre, et susceptible d'entraîner à son profit le droit exclusif de propriété sur le projectile.

D'ailleurs, en admettant même qu'aucun des arguments qui précèdent ne consacre de façon suffisante le droit de propriété du blessé, ils acquièrent, du moins les uns et les autres, une valeur particulière tirée de la considération suivante : le conflit est limité entre le blessé et le chirurgien.

Or, juridiquement et logiquement, aucun argument ne peut être invoqué en faveur du droit du chirurgien. N'est-ce pas la confirmation du droit du blessé ?

Logiquement, je ne crois pas juger téméraire-ment en déclarant qu'à aucun moment le chirurgien n'a opéré avec le souci de s'approprier la balle après l'extraction. En premier lieu, en effet, il n'en pouvait peut-être pas soupçonner l'intérêt dévoilé après l'extraction. Ensuite et surtout, les soins donnés par lui au blessé, l'ont été dans un but altruiste, par humanité pure quelle que fût la nationalité du blessé, avec un mélange de sentiment patriotique s'il s'agissait d'un compagnon d'armes. D'autre part, ce chirurgien a agi conformément à une mission qui lui avait été dictée comme constituant sa contribution personnelle à la besogne guerrière.

Juridiquement, et en supposant qu'outre le souci de sauver le blessé, le chirurgien ait nourri la pensée de devenir propriétaire du projectile, en supposant aussi que le projectile ait encore eu, au moment de l'extraction, le caractère de *res nullius*, le seul mode juridique d'acquisition susceptible d'être envisagé, serait l'occupation, mentionnée précédemment. Le titre du chirurgien serait celui d'inventeur. Mais, dans les hypothèses où elle a examiné le droit de l'inventeur, la loi ne l'a consacré que si l'invention de l'objet n'a pas eu lieu à la suite de recherches effectuées dans le but précis de le découvrir. Sinon, à moins que l'inventeur n'agisse sur sa propre chose, il doit être considéré comme ayant agi soit sans droit, soit pour le compte d'autrui, c'est-à-dire pour le compte du propriétaire de la chose sur laquelle se font les recherches.

La première alternative doit être immédiatement écartée dans notre hypothèse pour cette raison d'évidence que c'est l'intérêt du blessé d'être soigné. Il y a là un accord tacite, à défaut duquel, au surplus, l'humanité fait un devoir de maintenir intact le droit du chirurgien. Mais, partant de cette considération que c'est du consentement tacite du blessé que le chirurgien inventeur opère sur le corps de ce blessé, c'est-à-dire sur un objet qui est sa propriété, on doit nécessairement en conclure que le chirurgien est sans aucun droit sur le projectile extrait.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération très distinguée.

ETIENNE CARPENTIER.

XXX

Notre confrère Ewald, de Port-au-Prince (Haïti), nous adresse la curieuse discussion suivante dont nos lecteurs ne manqueront pas d'apprécier l'humour :

(1) Voir la *Gazette médicale de Paris*. nos 193, 194, 195, 196, 197 et 198.

CORPS ÉTRANGER DANS LE CORPS

Des balles « marronnes »
dans des chairs marron ou non

Dernièrement au cap haïtien, je fis l'extraction d'une balle à un Dominicain. Il me la donna sans protester car elle était trop grosse pour faire un bijou décent. Mais la balle lui appartenait parce que faisant partie de son corps, en cas de non extraction... Nul ne peut enlever de force une balle dans le corps d'un autre individu. On s'appartient à soi-même tant qu'il n'y a pas convention contraire dans le contrat de mariage. Ainsi donc, l'on peut parfaitement léguer son corps à un musée qui en prendra le squelette ou un organe. Quant à la question de la balle, il faut encore envisager trois cas :

1° Le fusil est à l'Etat (ou le revolver),
2° Le fusil ou le revolver a été volé.
3° L'arme appartient à celui qui a tiré.

En ces trois cas, tant que la balle est dans le corps de l'individu, il en est propriétaire. Une fois sortie, la balle est à l'Etat quand le projectile était à l'Etat. Si le fusil a été volé, la balle appartient au propriétaire et non au possesseur. Si l'arme appartient à celui qui a tiré, la balle ne lui appartient pas, *car il en a fait cadeau au tiré en la déposant dans son corps.*

C'est surtout le projectile qu'il faut voir en ces cas, car on peut se servir de l'arme d'autrui avec un projectile à soi. On n'a pas le droit de mettre dans la peau de quelqu'un le projectile d'autrui sans qu'il ait le droit de réclamer son bien. Le blessé pourra alors réclamer au tireur la valeur du projectile qu'il a été obligé de restituer.

C'est ainsi qu'on a le *droit de purger* les fouilleurs de diamant bien que la richesse soit dans leur corps. Mais ils l'ont dérobée. Si le propriétaire d'un diamant le faisait avaler de force à quelqu'un, je ne sais pas trop s'il aurait le droit de purger de force. Le cas, à ce qu'il paraît, arriva à une anglaise de la Jamaïque. Elle refusa de se purger. Et comme elle était en société un gaz de l'intestin qu'elle retint avec le bijou avalé de force, la tua, car elle eut peur du bruit (schocking). Si le bijou avalé n'appartient pas à celui qui l'a fait avaler de force, on peut exiger la restitution si l'on prouve sa propriété. Les Sabiniens et les Proculiens ont à présent la parole. *Tot capita, tot sensus.*

PAUL EWALD.

REVUE CLINIQUE

Un cas de maladie de Hodgkin

Par MM. les Docteurs A. CADE et Ch. ROUBIER

C'est à Hodgkin, en 1832, que l'on doit la description première d'un type clinique caractérisé avant tout par une hypertrophie générale des ganglions, la tuméfaction de la rate et une cachexie progressive. Sans doute toutes ses observations ne doivent pas répondre à la même affection et il s'y trouve très vraisemblablement des cas de leucémie lymphoïde ou de tuberculose ganglionnaire généralisée. A l'heure actuelle on réserve le nom de maladie de Hodgkin à un type clinique d'adénie inflammatoire, avec hypertrophie ganglionnaire et splénique, fièvre, cachectisation, évolution assez rapide mais sans leucémie sanguine.

Cette affection a nettement une allure infectieuse et reconnaît une étiologie variable. On a tenté récemment d'en faire une maladie avec une anatomie pathologique propre et on a voulu la considérer comme l'expression de ce que les Allemands ont appelé la lymphogranulomatose. C'est cette doctrine que Rieux s'est efforcé de faire prévaloir tout récemment dans la thèse de son élève Lacronique (Lyon 1912-1913). Granulomatose et maladie de Hodgkin sont dès lors devenues synonymes. L'association des deux expressions est souvent réalisée par les auteurs allemands avec le nom de granulomatose maligne de Hodgkin.

L'individualité de la maladie da Hodgkin nous paraît encore sujette à discussion et il semble important d'en publier toutes les observations bien étudiées pour éclaircir une question qui, malgré un grand nombre de travaux récents, reste encore bien obscure. Aussi avons-nous cru intéressant de rapporter l'observation d'un malade que nous suivons depuis plusieurs mois à la clinique du Prof. J. Teissier.

OBSERVATION. — P. Pierre, carrier, 62 ans, entre le 22 décembre 1912, salle-Augustin, pour de la faiblesse générale.

Antécédents. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Nie la syphilis et avoue un alcoolisme moyen. N'a eu aucune maladie antérieure digne d'être mentionnée.

Depuis deux mois environ, des tuméfactions ganglionnaires ont apparu au cou, puis aux aines et aux aisselles ; en même temps le malade se plaint de faiblesse générale et d'une asthénie assez marquée. Au début de la maladie, il a présenté de la fièvre assez élevée, qui a diminué depuis, mais persiste encore.

Il entre à l'hôpital pour de l'asthénie, de la toux et de l'oppression.

Examen clinique à l'entrée. On est de suite frappé par l'existence de nombreux ganglions cervicaux (dans les régions sous-maxillaires, carotidiennes et sous-claviculaires) ; ces ganglions, qui ont le volume d'une noisette à une noix, sont assez durs, nettement isolés les uns des autres, mobiles sur les plans profonds et ne sont pas du tout adhérents à la peau. Ils ne présentent aucune zone de ramollissement ni aucune tendance à la suppuration. Dans les deux aisselles, gros paquet de ganglions, isolés les uns des autres, semblables comme volume aux ganglions cervicaux; en outre, il existe de chaque côté une chaîne ganglionnaire à la face interne des bras et plusieurs ganglions épitrochléens. Ganglions inguinaux bilatéraux ayant la même consistance ; pas de ganglions du creux poplité. Petits ganglions préauriculaires.

Tous ces ganglions sont complètement indolents à la palpation.

Abdomen. La rate est grosse, donne quatre à cinq travers de doigt de matité à la percussion, et son pôle inférieur est perçu à la palpation, qui est un peu douloureuse.

Le foie déborde légèrement le rebord costal.

L'appétit est faible ; ni vomissements, ni diarrhée.

Poumons. Le malade se plaint de toux et d'oppression.

Expectoration muqueuse peu abondante.

La sonorité est diminuée à la base droite. Le murmure s'entend bien partout. Quelques râles de grosse bronchite. Aucun signe de tuberculose.

Cœur. Pointe dans le Ve espace, bruits normaux. Pouls 80° régulier,

Les reflexes sont normaux. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière.

Sur la face interne des deux jambes, nombreuses taches purpuriques de forme ecchymotique. *Prurit* intense et généralisé.

La dentition est bonne. Les amygdales ne sont pas hypertrophiées.

Température à l'entrée, 38,5.

Urines. Ni sucre, ni albumine.

Le 26 *décembre.* Le malade se plaint d'un prurit intense, surtout marqué au niveau des membres inférieurs. A ce niveau existe une éruption violacée, ne s'effaçant pas par la pression du doigt, ayant nettement le caractère purpurique.

Température continuelle, entre 38 et 38,6.

Traitement : iodure de K et liqueur de Fowler.

Le 10 *Janvier* 1913. Aggravation manifeste; amaigrissement, facies cachectique, température constamment fébrile, continuellement entre 38 et 38,5.

Aux poumons, à la base gauche, signes nets d'épanchement pleural (matité, vibrations diminuées, murmure faible, ni souffle ni égophonie). A la base droite, submatité sans autres signes.

A l'abdomen, ascite légère, mais certaine (flot, matité dans les flancs); rate grosse, foie un peu gros

Gros œdème des membres inférieurs, plus prononcé à droite qu'à gauche, en rapport probablement avec des compressions veineuses par les masses ganglionnaires. Sur les membres inférieurs la peau a toujours une coloration violacée, présente des marbrures ecchymotiques et un peu de desquamation ; persistance d'nn purit intense.

Le 20 *Janvier.* Ponction exploratrice de la base gauche : on retire 20 cc. environ de liquide clair citrin.

Le 15 *février.* Le malade a subi une dizaine de séances de radiothérapie sur les ganglions cervicaux ; ces derniers ont notablement diminué de volume. Le malade se sent mieux; l'état général est meilleur. Pas de température.

Le 1er *mars.* L'amélioration continue. L'œdème des jambes, le prurit ont disparu. Les ganglions persistent; au cou ils ont notablement diminué. Pas d'ascite. Rate toujours grosse. Aucun signe pulmonaire en ce moment ; la pleurésie a disparu. Pas de température. Etat général satisfaisant.

Le 1er *avril.* L'amélioration se maintient. Les ganglions persistent, ainsi que la splénomégalie. Aucun signe d'épanchement ; pas d'œdèmes, ni d'hémorragies, ni de prurit.

Le malade se sent toujours faible et asthénique, tousse un peu, est oppressé et a peu d'appétit.

Examens radioscopiques. Le 2 janvier on note des ganglions médiastinaux pas très volumineux sous forme de traînées sombres. Le cœur et les poumons sont normaux. L'espace clair postérieur est très net.

Le 12 *janvier,* on note, en outre, de l'obscurité de la base gauche (pleurésie). Le 4 *février,* l'épanchement a disparu.

Examens biologiques.

1° Examen du *sang.* Le 26 décembre 1912 (M. Richard).

Globules rouges : 2.635.000.
Globules blancs : 5.000.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	33 0/0
Lymphocytes et moyens mononucléaires	54
Grands mono	13
Eosinophiles	0

Nouvel examen le 25 janvier (M. Roubier).
Formule leucocytaire.

Lymphocytes	3 0/0
Moyens mono	28 0/0
Grands mono	18
Polynucléaires	43
Formes de passage	8
Eosinophiles	1

En somme, prédominance des éléments mononucléaires ; rares éosinophiles.

Le 1er mars, recherche de la résistance globulaire :

Début de l'hémolyse H_1 = 0,42 0/0.
Hémolyse moyenne H_2 = 0,34 0/0.
Hémolyse maxima H_3 = 0,50 0/0.
(résistance sensiblement normale).

Nouvel examen hématologique le 1er avril 1913 (M. Roubier) :

Globules rouges : 3.193.000.
Globules blancs : 6.500.
Valeur globulaire (Sahli) : 0,9.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	58,5 0/0
Grands mono	9,3
Moyens mono	12,8
Lymphocytes	1,1
Formes de passage	2,9
Eosinophiles	15,4

Les polynucléaires sont plus nombreux que dans les examens antérieurs ; on note surtout une grosse éosinophilie.

Pas de globules rouges à noyau.

Séro-diagnostic tuberculeux : + 1/5, ± 1/10, — 1/15.

Intra-dermoréaction : négative.

2° Examen du *liquide pleural* retiré par ponction exploratrice.

Cytologie : nombreux globules rouges et lymphocytes.

Lymphocytose à peu près exclusive ; quelques rares polynucléaires, quelques éosinophiles et placards endothéliaux.

Séro-diagnostic tuberculeux : + 1/3, + 1/5, ± 1/10, ± 1/15.

Réaction de Bordet-Gengou, effectuée par M. Biot : présence d'antituberculine et d'anticorps.

Inoculation du liquide au cobaye, intra-péritonéale, le 20 janvier : l'animal est mort le 5 février sans présenter de lésions tuberculeuses.

3° *Examen d'un ganglion* épitrochléen, retiré pour *biopsie* le 4 janvier, par M. Alamartine.

Un fragment de ganglion est mis en culture sur bouillon : culture négative.

Un autre fragment est inoculé à un cobaye ; l'animal est mort le 23 janvier, présentant des ganglions lombaires. On fait un frottis de ces ganglions et on ne trouve pas de bacilles de Koch.

Un autre est inoculé à un lapin : l'animal vit toujours.

Un autre est conservé pour l'examen histologique.

Examen histologique (1). Fixation au Zenker ; colorations au Giemsa prolongé ou à l'hématéine-éosine).

Le ganglion présente une capsule épaisse et fibreuse, entre les feuillets de laquelle on note de nombreux infiltrats lympbocytaires.

La masse ganglionnaire se différencie difficilement en substance corticale et substance médullaire. Sur la coupe examinée on ne voit pénétrer dans l'épaisseur de cette masse qu'une grosse cloison fibreuse ; cette dernière mise à part, il n'existe pas de lésions scléreuses à l'intérieur du ganglion. A un fort grossissement, les cellules que l'on trouve sont :

1° Un très grand nombre de lymphocytes, à noyau petit, fortement teinté, et à mince protoplasma périnucléaire.

2° Des lympbocytes plus volumineux à noyau plus clair, pauvre en chromatine, nettement nucléolé, et à protoplasma plus abondant.

3° De grandes cellules à protoplasma abondant, à noyau rond ou ovale, régulier ou irrégulier ; le protoplasma de ces cellules se colore par l'éosine, mais ne contient pas de granulations : ce sont là sans doute les éléments que les auteurs étrangers désignent sous le nom de cellules type Sternberg ou de cellules de Hodgkin, et qui répondent vraisemblablement à une réaction des cellules du réticulum ou des endothéliums. On ne voit pas de cellules à granulation éosinophiles.

Les vaisseaux du ganglion sont abondants et leur paroi un peu épaissie.

Recherche sur les coupes des bacilles et des granulations de Much (par la technique de Biot) : négative

Cette observation doit évidemment rentrer dans le cadre des pseudo-leucémies de Conheim, c'est-à-dire des affections qui offrent l'aspect clinique et l'allure de la leucémie, sans les altérations sanguines caractéristiques de cette dernière ; mais ce terme de pseudo-leucémie est encore bien imprécis et répond à un vaste groupe d'affections les plus diverses, parmi lesquelles se place la lympho-granulomatose ou maladie de Hodgkin.

A lire les publications parues récemment sur cette affection, il est certain que notre malade présente absolument le tableau clinique de la lymphogranulomatose. Les symptômes existent au complet : hypertrophies ganglionnaires multiples, cervicales, axillaires, inguinales, etc., avec ganglions durs, isolés, sans adhérence à la peau, ni tendance à la suppuration ; hypertrophie de la rate ; asthénie et lassitude générale, fièvre à type continu, discrète et passagère, et présentant à certains moments de légères oscillations ; prurit intense et érythème desquamant au niveau des membres inférieurs avec poussées de purpura ; signes pulmonaires consistant en toux et dyspnée en rapport avec une atteinte du tissu lymphatique du médiastin constatée à la radioscopie. A un moment, notre malade a présenté de l'ascite et une pleurésie séro-fibrineuse gauche, parfois observées en pareils cas. L'évolution n'est pas absolument celle de la lymphogranulomatose ; cette dernière a une marche progressive et rapide ; or notre sujet s'est considérablement amélioré depuis son entrée à l'hôpital ; son état général est meilleur ; mais peut-être ne s'agit-il que d'une rémission passagère, que quelques auteurs ont d'ailleurs parfois notée dans des cas de maladie de Hodgkin.

Cliniquement notre observation doit donc rentrer sans aucune réserve dans le cadre de cette affection ; au point de vue hématologique, il n'en est pas tout à fait de même. Les principaux caractères hématologiques de la lympho-granulomatose sont l'anémie plus ou moins marquée, une hyperleucolyse de moyenne intensité (de 30 à 50.000 globules blancs), une polynucléose neutrophile et de l'éosinophilie. Chez notre malade nous avons constaté plutôt de la leucopénie (5 à 6.000 globules blancs), une lymphocytose relative et une absence à peu près complète d'éosinophiles à un premier examen du sang ; un deuxième pratiqué trois mois plus tard a montré par contre une augmentation des polynucléaires et une éosinophilie très appréciable (15 0/0). La formule leucocytaire a donc considérablement varié entre ces deux examens ; d'ailleurs cette formule, dans les cas étiquetés lymphogranulomatose, n'est pas univoque et peut varier beaucoup, bien que polynucléose et éosinophilie en soient les éléments les plus fréquents.

Un examen biopsique était nécessaire, comme dans tous les cas analogues, pour affirmer le diagnostic. Dans notre cas les lésions de la lymphogranulomatose n'existent pas au complet : la sclérose est peu accentuée (on note cependant de l'épaississement de la capsule, formée de travées fibreuses dans l'intervalle desquelles se trouvent des infiltrats lymphocytaires) ; il n'y a pas de cellules à grains éosinophiles dans le ganglion examiné. Ces dernières toutefois ne sont pas absolument pathognomoniques et peuvent manquer d'autre part, au moment où la biopsie a été pratiquée, le malade n'avait pas d'éosinophilie sanguine, et il est possible qu'actuellement, où il existe de l'éosinophilie sanguine, une nouvelle biopsie montre la présence de ces cellules dans le tissu ganglionnaire. De même la sclérose, peu marquée, peut s'affirmer ultérieurement ; on a décrit en effet dans la lymphogranulomatose un stade cellulaire de début (Longcop) où la sclérose est encore peu accusée, et auquel fait suite ultérieurement un stade fibreux.

En tous cas la présence, à côté des lymphocytes nombreux, de grands lympbocytes et de cellules géantes type Stenberg permettent de de dire qu'on a bien affaire à un lympho-granulome, et qu'il ne s'agit ni de lymphadénome ni de lymphosarcome.

D'ailleurs les différents aspects hématologiques ou anatomo-pathologiques observés par les auteurs tiennent vraisemblablement au moment différent où les examens ont été pratiqués.

En somme notre cas rentre dans le groupe des adénies et nous ne pensons pas qu'il doive être séparé de ce qu'on décrit actuellement sous le nom de lymphogranulomatose.

D'ailleurs la nature de cette affection est encore bien mal précisée ; il s'agit d'une maladie d'ordre inflammatoire ; mais faut-il mettre en cause une inflammation banale ou spécifique ? Récemment on a bien insisté sur le rôle de la tuberculose dans l'étiologie de la maladie de Hodgkin ; des preuves diverses ont été apportées à l'appui de cette opinion et on les trouvera discutées dans les travaux récents (thèse de Lacronique). Nous signalerons particulièrement aussi l'important mémoire que le professeur Roque a consacré, dans le volume jubilaire du professeur Lépine, à la lymphadénie ganglionnaire aleucémique d'origine tuberculeuse.

Chez notre malade on ne note aucun antécédent tuberculeux ; le séro-diagnostic sanguin est faiblement positif, celui du liquide pleural l'est fortement. D'autre part ce liquide présente au point de vue cytologique une formule lymphocytaire et la réaction de Bordet-Gengou à la tuberculine est positive. Il est vrai que l'inoculation de ce liquide au cobaye a été négative, que celle d'un fragment du ganglion a déterminé chez le cobaye l'apparition d'un ganglion lombaire mais dans les frottis duquel on n'a pu déceler des bacilles de Koch. Enfin la recherche, dans le ganglion, des bacilles et des granules de Much a été négative.

On ne peut donc conclure d'une façon formelle ; mais il y a en tous cas des arguments sérieux en faveur de la tuberculose ; il s'agirait, il est vrai, d'une forme larvée de tuberculose dans laquelle la toxine doit jouer le principal rôle. D'autre part notre malade n'est pas syphilitique, n'a pas eu de maladies infectieuses antérieures et la culture sur bouillon d'un fragment du ganglion a été négative.

Ajoutons en terminant que notre malade a été traité par l'arsenic et par des séances de radiothérapie. Cette dernière a donné de bons résultats et doit avoir joué un grand rôle dans l'amélioration que nous avons constatée chez notre sujet. Ce traitement a d'ailleurs donné des résultats très favorables dans beaucoup de cas de maladie de Hodgkin ; les auteurs ne voient dans les améliorations obtenues que des guérisons apparentes ou de simples rémissions ; il est possible qu'il en soit de même chez notre malade. (1)

REVUE DE PATHOLOGIE

La transmission de la Fièvre aphteuse des animaux à l'homme

par M. CADIOT
Membre de l'Académie de Médecine

Dans une communication faite à l'Académie en 1838, Rayer considérait comme douteuse la contagion de la fièvre aphteuse à l'espèce humaine. Cette opinion fut généralement admise jusqu'en 1872, date de l'épizootie européenne qui causa une forte mortalité dans les espèces animales et au cours de laquelle on constata de nombreux cas de transmission à l'homme. Depuis lors, la zoonose a continué à sévir sous une forme maligne et l'on a relaté une foule d'autres exemples de contagion. Celle-ci a lieu souvent par l'usage du lait cru provenant de vaches aphteuses, quelquefois par inoculation acci-

(1) Les préparations sont dues à l'obligeance de M. Gravier, interne des hôpitaux.

(1) Soc. méd. des hôp. de Lyon.

dentelle chez les personnes qui examinent ou soignent des bêtes malades.

Presque toujours bénins, les cas d'infection humaine sont aussi relativement très rares. car des milliers d'individus sont quotidiennement exposés à la contamination pendant toute la durée des épizooties. On a cependant observé des atteintes graves avec complications mortelles, surtout chez des enfants et l'on a signalé des épidémies déterminées par la consommation de lait virulent.

L'histoire de la fièvre aphteuse et les enseignements de l'épidémiologie quant à l'évolution, dans le temps, des grandes maladies contagieuses, portent à croire que la première ne conservera pas indéfiniment son actuelle gravité et que l'on reverra les épizooties bénignes

La stérilisation du lait par l'ébullition ou le chauffage prolongé pendant quelques minutes à une température voisine de 100°, n'est pas recommandable seulement comme moyen de préservation contre la fièvre aphteuse ou d'autres maladies spécifiques. Elle constitue, en tout temps, une excellente mesure d'hygiène alimentaire, car le lait est un produit bien souvent malpropre, pouvant contenir des souillures de toutes sortes, voire — ainsi que l'a écrit le Dr Gibert — « d'abominables saletés ».

REVUE THÉRAPEUTIQUE

Le Traitement de la Fièvre typhoïde par le vaccin sensibilisé de Besredka

par MM. ARDIN-DELTEIL, L. NÈGRE et M. RAYNAUD

Nous poursuivons, depuis plus d'un an, l'étude du traitement de la fièvre typhoïde par les vaccins antityphiques. Nous avons déjà fait connaître au dernier Congrès de Médecine de Paris les résultats encourageants que nous avions obtenus. Depuis lors, notre statistique s'est enrichie d'observations nouvelles qui confirment nos premières conclusions.

C'est l'ensemble de ces résultats que nous désirons communiquer aujourd'hui.

Si l'emploi des vaccins antityphiques à titre préventif a été l'objet de multiples travaux, et a reçu déjà de très nombreuses et très brillantes applications, les recherches qui ont trait à la vaccination curative sont, par contre, beaucoup plus rares et, dans une revue générale de la question en 1911, Meakins et Foster ne réunissaient en tout que 127 cas traités.

Ce sont, pour la plupart, de timides essais, arrêtés à la première déconvenue et dont les auteurs ne tirent aucune conclusion précise. Ainsi, Pescarola et Quadrome ont traité 20 cas, Hollis 16, Wilson 6, Pollock 1, Sadler 12. Les statistiques les plus élevées sont celle de Richardson et celle de Meakins et Foster qui rapportent, le premier, 40 cas, les seconds, 41 cas de vaccination curative.

En France, seuls Courmont et Rochaix ont entrepris l'étude de ce traitement spécifique. Ils se sont servis de lavements de cultures de bacilles d'Eberth tués par la chaleur et ils concluent, dans leur communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris, du 17 mai 1912, que ce traitement a peut-être abrégé la maladie et diminué la mortalité.

Dans nos recherches, commencées en novembre 1911, nous nous sommes servis, comme pour la vaccination préventive, de vaccins antityphiques en inoculations sous-cutanées.

Nous avons employé tour à tour des auto-vaccins, puis un vaccin polyvalent phéniqué que nous préparions à l'Institut Pasteur d'Alger ; enfin, le vaccin sensibilisé vivant de Besredka auquel nous nous sommes définitivement arrêtés.

Chez tous nos malades, le diagnostic fut confirmé par la séro-réaction de Widal, et certaines fois par la culture positive du sang. Celle-ci n'a été faite que dans les cas où le séro-diagnostic pouvait paraître douteux. Il nous a semblé inutile, en effet, d'attendre chaque fois cet élément de confirmation qui retarde la date d'application de la vaccinothérapie et diminue d'autant son efficacité. Rien ne fut changé au traitement habituellement institué dans le service, c'est-à-dire : diète liquide, lait, tisanes et boissons abondantes : potion sédative et antithermique au pyramidon ; potion tonique à l'extrait de kola et quinquina.

Dans les débuts, nous avons été fort circonspects, et nous n'avons employé que des doses faibles et très espacées. Nous faisions à huit jours d'intervalle, deux injections de 1 et 2 cc. Dans la suite, il nous a paru plus avantageux de rapprocher les injections et d'élever progressivement la quantité. C'est ainsi que la plupart de nos malades reçurent 4 injections à trois jours d'intervalle les unes des autres, la première de 1, la deuxième de 2 cc., et les deux dernières de 3 cc. Ces injections ont toujours été très bien supportées ; elles n'ont jamais aggravé, même passagèrement, l'état du sujet et n'ont déterminé que des réactions locales minimes.

Nous avons, à l'heure actuelle, traité par le vaccin sensibilisé, 48 malades. Les résultats se trouvent résumés dans le tableau ci-joint :

	Cas non traités	Cas traités
	—	—
Nombre de cas .	179	48
Décès	8.38 0/0	2.08 0/0
Rechutes	9.75 —	4.1 —
Durée moyenne de la maladie .	32.7 journées	26.4 journées

Comme on le voit, sur ces 48 malades nous comptons 1 décès, soit une mortalité de 2,08 0/0 ; nous comptons 2 rechutes, soit une moyenne de 4,1 0/0. La durée moyenne de la maladie a été de 26,4 journées.

En comparant ces chiffres aux moyennes obtenues avec les cas de fièvre typhoïde traités dans le service, du 1er novembre 1910 au 1er novembre 1912, par les moyens thérapeutiques ordinaires, cas au nombre de 179, nous voyons que pour ces derniers on compte :

15 décès, soit une mortalité de 8,38 0/0.

16 rechutes, soit une moyenne de 9,75 0/0.

Enfin, la durée moyenne de la maladie a été de 32,7 journées.

De cette comparaison, il nous semble résulter nettement que le vaccin sensibilisé vivant, injecté aux malades atteints de fièvre typhoïde, influence heureusement l'évolution de la maladie ; *il diminue très sensiblement le taux de la mortalité et le nombre des rechutes ; il abrège la durée de la maladie.*

Nous devons nous demander maintenant quel les sont les conditions les plus favorables pour l'application de la vaccinothérapie. Nous avons rangé pour cela nos observations en plusieurs groupes suivant la date de la maladie à laquelle est pratiquée la première injection et nous avons établi pour chaque groupe la durée de la maladie.

Dans un premier groupe : 2 malades injectés du premier au cinquième jour ont vu leur maladie évoluer en 19 jours.

Pour un second groupe, comprenant 30 malades injectés du sixième au dixième jour : la durée moyenne de la maladie n'a été de 23,6 journées.

Dans un troisième groupe de 9 malades injectés du onzième au quinzième jour, la durée moyenne a été de 34,8 jou nées.

Enfin, dans un quatrième groupe, comprenant 7 malades injectés au delà du quinzième jour, elle a été de 34,4 journées.

Nous résumons ces résultats dans le tableau ci-dessous :

GROUPES	DATE D'APPLICATION du traitement	DURÉE MOYENNE de la maladie	CONCLUSIONS
1er Groupe	Du 1er au 5e jour	2 obs. : 19 j.	Avant le 10e jr 23,4 j.
2e —	Du 6e au 10e jour	30 obs.. 23,6 j.	
3e —	Du 11e au 15e jour	9 obs.. 34,8 j.	Après le 10e jr 34,6 j.
4e —	Au delà du 15e jr	7 obs.. 34,4 j.	

En somme, il existe une différence bien tranchée entre les deux premiers groupes traités après le dixième jour .

Avant le dixième jour: pour 32 observations la durée moyenne est de 23,4 journées.

Après le dixième jour: pour 16 observations elle est de 34,6.

Ces chiffres sont suffisamment éloquents pour qu'il soit utile d'insister davantage. Il semble que nous pouvons conclure que le vaccin sensibilisé vivant injecté aux malades atteints de fièvre typhoïde abrège nettement la durée de la maladie et qu'il l'abrège d'autant plus qu'il est injecté plus près du début de l'infection. Il résulte de nos observations que le moment le plus favorable paraît être dans la première décade: au delà du dixième jour, son action, tout au moins sur la durée de la maladie, paraît absolument nulle.

Comme on le voit d'après cette étude, l'utilisation du vaccin antityphique ne doit pas être cantonnée à la seule immunisation prophylactique, elle peut et elle doit étendre ses bienfaits à la maladie elle-même.

Le professeur Vincent a récemment rapporté des faits qui viennent à l'appui de cette conclusion.

Tout d'abord il paraît certain qu'injecté préventivement le vaccin préserve de la fièvre typhoïde. M. Vincent cite le cas d'un jeune homme qui, n'ayant jamais eu la fièvre typhoïde et vacciné préventivement, absorbe accidentellement, quatre mois après, quelques gouttes de culture typhique : on n'observe pas le moindre symptôme morbide.

Injecté plus tard, après la pénétration du germe infectieux dans l'organisme, tout à fait au début de l'incubation, il empêche l'infection de se développer. Ainsi, quatre sujets réceptifs ayant ingéré par mégarde des quantités véritablement énormes de bacilles typhiques reçoivent leur première injection de vaccin seulement le lendemain et même le surlendemain de l'accident. Tous ont également échappé à la fièvre typhoïde.

Enfin nos observations prouvent qu'injecté plus tard, au moment où l'injection se manifeste au début de la période d'invasion cliniquement le vaccin exerce encore une influence salutaire ; il ne peut évidemment empêcher la maladie de se développer ; mais il en raccourcit notablement le cours ; la maladie affecte une évolution brève et bénigne.

On trouve donc là, échelonnés, toute une série de faits qui montrent que l'action du vaccin est incontestable et qu'elle est d'autant plus efficace que son intervention est plus hâtive.

Aussi, pensons-nous que la vaccinothérapie est destinée à devenir une méthode adjuvante précieuse dans le traitement de la fièvre typhoïde. Elle est susceptible d'en atténuer les dangers et, donnant la main à la vaccination préventive, de diminuer les ravages d'un mal qui fauche chaque jour tant de victimes. (1)

Une curieuse enseigne de Sage-femme.

On peut voir la curieuse enseigne suivante, qui s'étale à la porte d'une accoucheuse dans la banlieue de Lyon :

Mlle X...,
Sage-femme de 1re classe,
Supprime les fers et les opérations sanglantes
dans n'importe quel cas.
S'adresse particulièrement aux cas mortels.

(1) Soc. médic. d'Alger.

REVUE DE CHIRURGIE

Le Drainage des plaies en surface

Par M. DELANGLADE

M. Délanglade emploie couramment pour les plaies en surface une variété de pansement qui lui donne d'excellents résultats et présente de nombreux avantages.

Ces plaies, dont le type est représenté par les brûlures étendues et infectées, secrétent abondamment ; elles ont besoin d'être drainées au même titre que les plaies profondes. Aucun des pansements classiques ordinairement utilisés n'atteint ce but d'une façon parfaite, en sorte que l'épiderme qui doit seul faire les frais de la cicatrisation reste en contact permanent avec les produits de secrétion de la plaie et fréquemment se mortifie.

Le pansement humide absorbe bien, mais est souvent cause d'inoculations septiques au voisinage de la plaie, pustules, pyodermite et puis il se desséche assez rapidement ou, s'il est recouvert d'une toile imperméable, il fait macérer les tissus.

Le pansement sec, excellent lorsqu'il demeure en place jusqu'à cicatrisation complète de la plaie, ne vaut rien pour les plaies granuleuses ; il absorbe mal, adhère aux surfaces cruentées, fait saigner lorsqu'on l'enlève, arrache parfois des lambeaux d'épiderme, enfin est le plus souvent extrêmement douloureux à enlever. M. Delanglade l'a abandonné depuis longtemps pour lui substituer le pansement au diachylon ou à l'emplâtre de Vigo, sous lequel l'épidermisation se fait bien : mais c'est là un pansement long et surtout coûteux.

Il a eu l'idée d'appliquer sur ces plaies granuleuses une surface lisse perforée d'un grand nombre d'orifices par lesquels puissent s'échapper les produits de sécrétion qui sont absorbés par un pansement ordinaire à la gaze. Il se sert à cet effet de silk protective percé d'un grand nombre de trous et stérilisé par ébullition, qu'il applique directement sur la plaie. Le silk n'adhère pas, s'enlève avec une extrême facilité, sans faire saigner ni souffrir. Sous lui la cicatrisation se fait rapidement.

Il emploie en ce moment ce mode de traitement chez un jeune garçon qui a eu toute la région thoracique et la plus grande partie de la paroi abdominale profondément brûlées. Alors que les premiers pansements faits avec de la gaze sèche, constituaient un véritable supplice, faisant hurler de douleur le blessé, faisant saigner abondamment la plaie, le pansement au silk n'est absolument pas douloureux et l'épidermisation fait des progrès bien plus rapides.

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE

Quelques considérations sur la Prophylaxie et le Traitement spécifique de la Fièvre typhoïde à l'occasion d'une épidémie survenue au cours de la campagne de l'Armée serbe

Par M. le Docteur PETROWITCH

Chargé du service des maladies infectieuses, de l'hôpital d'Uskub dès le début du mois de novembre dernier, le docteur Petrovitch s'est consacré, pendant trois mois, à l'observation des malades atteints de fièvre typhoïde et pu étudier les effets de la sérothérapie et la vaccination antityphique. L'intérêt de son travail résulte de ce fait que, dans un espace de temps relativement court, il a pu traiter par une méthode spécifique 460 malades atteints de fièvre typhoïde, alors que parallèlement, 220 autres typhiques n'étaient soumis qu'à la balnéation.

Typho-Vaccination. — On n'avait fait jusqu'à ce jour, aucun usage de la vaccination antityphique dans les troupes serbes, mais le docteur Petrovitch, s'est cru autorisé à la pratiquer sur les personnes qui se trouvaient, par le fait de leurs fonctions, spécialement au contact des malades. Il a employé la substance vaccinante à petite dose, pour éviter les dangers de la phase négative. Commençant par lui-même, il a pratiqué 100 vaccinations, en injectant une dose de vaccin correspondant à 100 millions de bacilles, tués par la chaleur, dilués dans un centimètre cube de sérum physiologique. Malgré l'impossibilité où se trouvaient les sujets vaccinés de se soustraire aux influences typhiques pendant la période qui suivait la vaccination, deux de ces sujets ont été atteints de fièvre typhoïde, d'une forme d'ailleurs bénigne. — Ils sont entrés en convalescence, l'un au bout de quinze jours, l'autre au bout de vingt jours.

Traitement spécifique. — Le docteur Petrovich a fait usage du vaccin usité dans l'armée anglaise, fait avec des cultures de bacilles d'Eberth tués par la chaleur Les malades traités recevaient, dans la région sous-claviculaire, une injection de vaccin dilué dans du sérum physiologique, correspondant à 20 millions de bacilles d'Eberth.

Le nombre des typhiques admis à l'Hôpital a été de 680, dont 460 ont été soumis à la bactériothérapie, les autres c'est-à-dire 220 malades, ont préféré ne pas subir ce mode de traitement. Les sujets des deux groupes ont d'ailleurs été traités par les bains froids, selon la méthode usuelle. Le nombre des infections a varié de un à trois. Si on fait abstraction des malades morts dans les premières vingt-quatre heures de leur entrée à l'hôpital, la mortalité a été de 2,9 0/0 pour les malades traités par la bactériothérapie, de 12,8 0/0 pour ceux traités exclusivement par les bains froids. Les malades de l'une et l'autre catégorie ont été soignés dans les mêmes salles et soumis au même régime.

Les chiffres présentés par le docteur Petrovitch ont une éloquence qui dispense de tout commentaire. La science a réalisé le problème de la vaccination antityphique, on peut prévoir qu'à brève échéance sera résolue la question du traitement des typhiques.

Il est à noter qu'il n'y a eu que très peu de malades (sauf les blessés) au cours des opérations militaires, tant que les soldats serbes, jeunes gens du peuple, sobres et résistants, vécurent au grand air et couchèrent sous des tentes ou à ciel ouvert. Ce n'est que du jour où les troupes eurent la « bonne fortune » d'être logées dans des maisons et édifices des villes conquises que l'encombrement et la malpropreté combinés ont fait éclore des épidémies de dysenterie et de fièvre typhoïde.

REVUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les corps étrangers professionnels de la cornée

M. le Dr Ch. Lafon (de Périgueux) a procédé à des recherches statistiques qui lui ont permis de tirer les conclusions suivantes :

1° Le nombre des cas de corps étrangers professionnels de la cornée augmente avec les heures de travail : assez faible dans la matinée, il diminue après le repos de midi et atteint son maximum à la fin de la journée ; son augmentation est donc proportionnelle à l'accroissement de la fatigue ;

2° Le nombre des cas s'élève du commencement à la fin de la semaine, c'est-à-dire à mesure que s'éloigne le repos dominical ;

3° Le nombre des cas s'accroît avec l'élévation de la température, qui diminue la résistance à la fatigue ;

4° Le nombre des cas est inversement proportionnel à l'âge des blessés ; il est d'autant plus élevé que les ouvriers sont plus jeunes, c'est-à-dire plus sensibles à la fatigue.

CARNET DU PRATICIEN

Traitement de la pelade

Le traitement doit être à la fois général et local.

Donner chaque jour, s'il s'agit d'un adulte, avant les deux principaux repas, une cuillerée à soupe de la préparation :

Phosphate de chaux bicalcique	17 grammes
Acide phosphorique médicinal	23 gr. 50
Eau distillée	950 gr.

Stimuler l'organisme par des douches, des frictions générales, par la vie au grand air.

Tenir les cheveux coupés aussi court que possible et tamponner les plaques peladiques, ainsi que les alentours, deux fois par semaine avec un tampon de ouate imbibé de la mixture :

Chloroforme	30 grammes
Acide acétique	30 —

Le docteur Sabouraud, considérant les préparations à base d'acide phénique et d'acide acétique comme trop actives, emploie le mélange suivant :

Acide lactique	10 grammes
Liqueur d'Hoffmann	60 —

On peut, plus simplement, savonner la tête au savon noir, tous les matins et frictionner ensuite le cuir chevelu avec la lotion excitante de l'hôpital Saint-Louis, dont la formule est :

Ammoniaque	5 grammes
Essence de térébenthine	25 —
Alcool camphré	100 —

Contre le mérycisme infantile

1° Bains de tilleul, drap mouillé, affusions froides ;
2° Régime alimentaire très surveillé ;
3° 2 à 3 paquets par jour suivant la formule :

Bicarbonate de soude	0 gr. 20
Magnésie calcinée	0 gr. 20
Poudre de noix vomiques	0 gr. 20

Pour 1 paquet (enfant de quatre ans).

(COMBY).

Contre la diphtérie

Dans les cas où les circonstances s'opposent à ce que l'on ait recours à la sérothérapie on pourra avec avantage prescrire :

Nitrate de pilocarpine	0 gr. 05
Eau distillée stérilisée	25 grammes

Injecter un quart de seringue de Pravaz de cette solution. Dans les cas graves, on peut injecter jusqu'à 3 milligrammes de pilocarpine répartis sur les vingt-quatre heures.

Traitement de l'impétigo ecthyma

Ouvrir les phlyctènes et dilacérer avec soin la pellicule périphérique abritant la sérosité et le pus.

Cautériser ensuite l'ulcération avec de l'eau d'Alibour et du nitrate d'argent. Recouvrir enfin la plaie avec de l'emplâtre rouge de Vidal.

Faire suivant les cas un ou deux pansements par jour.

Si les lésions sont recouvertes de croûtes, commencer par faire tomber celle-ci à l'aide d'un pansement à l'eau d'Alibour étendue de 10 fois son volume d'eau bouillie.

Faire ensuite le traitement comme ci-dessus.

Avant chaque repas, un comprimé de Sinubérase, délité dans un peu d'eau sucrée.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce [G. Bureau], 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE

CHEMINS DE FER DE L'EST

Services les plus directs entre Paris, Wiesbaden Francfort-s-Mein, Coblence.

Paris, Wiesbaden, Francfort-s-Mein,
a. — **Via Metz-Mayence**

Aller : Paris-Est, départ 9 heures matin : 8 h. 37 soir.
Retour : Francfort-s.-Mein, départ 7 h. 11 matin ; e h. 24 soir.
Durée du trajet : 12 heures environ.

b. — **Via Avricourt-Carlsruhe**

Aller. — Paris-Est (Orient-Express), départ : 7 heures 20 soir.
Retour. — Francfort-s.-Mein, départ 8 heures 10 soir
Durée du trajet 11 h. 1/2.

Paris, Coblence et Ems, par Metz-Trèves ou par Longwy-Luxembourg

Aller. — Paris-Est : départ, 8 h. 12 matin ; 1 h. 50 soir ; 9 h. 45 soir, via Luxembourg ;
9 heures matin, 8 h. 37 soir via Metz.
Retour. — Ems, départ : 8 h. 04 matin ; 10 h. 15 matin via Luxembourg.
7 h. 58 matin ; 10 h. 12 matin ; 7 h. 56 soir via Metz.
Durée du trajet de 10 h. 1/2 à 13 heures pour Coblence et de 11 h. 1/2 à 14 heures pour Ems.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST

Excursions à Jersey et à Guernesey

Billets directs au départ de Paris délivrés toute l'année.

1° Excursion à Jersey.

Billets directs au départ de Paris délivrés Granville ou Saint-Malo comprenant la traversée de France à Jersey (St-Hélier), par les steamers du London and South-Western Railway.

De Paris à Jersey (St-Hélier) et vice-versa, billets valables par Granville et billets simples valables sept jours : 1re cl. 46,70, 2e cl. 32,70, 3e cl. 22,15; billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 63,15, 2e cl. 44,25, 3e cl. 29,85.

Billets valables par Granville et St-Malo, permettant d'effectuer l'excursion du Mont Saint-Michel comprise dans le prix du billet, billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 74,85, 2e cl. 50,05, 3e cl. 37,30
(Itinéraires : Paris-Granville, Jersey, Saint-Malo, Pontorson, Mont Saint-Michel, Paris ou inversement.)

2° Excursion à Guernesey.

Billets directs sur Guernesey par Granville, Saint-Malo ou Cherbourg comprenant la traversée de France à Guernesey.

VARIÉTÉS

LES HABITATIONS A BON MARCHÉ

L'emploi des 200 millions

Sur les 200 millions votés pour la construction à Paris d'habitations à bon marché, 50 millions doivent être affectés à des prêts aux sociétés privées qui s'occupent de ces habitations et le surplus, soit 150 millions, employé par la Ville soit à la construction d'immeubles, soit à l'acquisition et à l'assainissement de maisons existantes.

Le préfet de la Seine, dans un mémoire qui vient d'être distribué expose comment pourraient être répartis ces 150 millions. Etant donné que pour satisfaire aux prescriptions réglementaires et aux besoins de l'hygiène, la surface des espaces libres doit égaler en principe celle des parties construites ; tablant d'autre part, sur un prix de construction de 870 francs au mètre carré et sur un prix moyen d'achat du mètre de terrain à 93 francs, on peut évaluer à 528 francs environ le prix moyen du mètre carré de surface bâtie et non bâtie. En sorte que les 150 millions de l'emprunt, frais d'émission déduits, permettraient d'affecter aux maisons ouvrières 274.530 mètres carrés, soit, en chiffre rond, 27 hectares.

Où trouvera-t-on ces terrains? D'abord dans le domaine communal, pour 9 hectares et demi environ puis sur les fortifications désaffectées, à proximité des arrondissements surpeuplés, pour 10 hectares ; au total, 19 hectares et demi. Pour le reste des terrains nouveaux devront être acquis.

Mais il ne s'agit pas seulement de construire à l'aventure partout où des terrains sont disponibles. Encore faut-il que les maisons soient édifiées justement là où elles sont nécessaires. Et une enquête minutieuse a dû être faite sur cette question. Elle a conduit le préfet de la Seine à admettre qu'il serait nécessaire de disposer dans les dix premiers arrondissements, c'est-à-dire dans le centre de Paris, de 4 hectares et demi de terrain, et dans les dix autres, c'est-à-dire dans la périphérie, de 22 hectares et demi.

Nous voici donc exactement à 27 hectares, c'est-à-dire au chiffre auquel nous arrivions tout à l'heure et qui correspond à la disponibilité de 150 millions. Non, hélas ! car pour permettre de construire sur 27 hectares, on a évalué le prix d'achat du terrain à 93 francs.

Or si ce prix est acceptable, et même trop élevé pour les quartiers voisins des fortifications, il est infiniment trop bas pour ceux du centre. Aussi le préfet propose-t-il de réduire pour le moment l'opération dans les dix premiers arrondissements, à la construction de quelques groupes d'habitations destinées aux ouvriers et employés que leurs occupations retiennent obligatoirement dans ces quartiers. Encore faudra-t-il que les terrains puissent être acquis à des prix raisonnables, faute de quoi on attendra que les premières grandes opérations de voirie en mettent un certain nombre à la disposition de la Ville, ou bien on acquerra pour les transformer et les assainir, sans les démolir, certains vieux immeubles.

L'effort ainsi accompli pourra atténuer, en l'espèce, dans une large mesure, la crise du logement pour les familles nombreuses à Paris. Au surplus, ajoute le préfet « les sociétés d'habitations à bon marché, auxquelles la Ville consentira des prêts, apporteront leur appoint. L'administration de l'Assistance publique elle-même, qui est entrée résolument dans la voie de la construction d'habitations à bon marché continuera son précieux concours. Comme on le sait, elle a déjà fait construire des immeubles dans les 13e, 14e, et 18e arrondissements, d'autres sont en voie d'achèvement, et cela représente environ 1.500 logements dont le prix de location ne dépasse pas 550 francs. Mais il ne faudrait pas se flatter que l'œuvre que la Ville accomplira avec l'emprunt de 200 millions pourra résoudre complètement le problème du logement à Paris. La désaffection des fortifications permettra peut-être d'examiner la question d'un plan d'extension de la Ville, ainsi qu'il a été fait à l'étranger et peut-être trouvera-t-on là le moyen de compléter l'œuvre entreprise pour assurer à une partie de la population parisienne l'habitation hygiénique et à loyers accessibles qui lui est si indispensable.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le Trésor médical de la Femme, par le Dr Monin (Maloine).

Intéressant recueil indispensable à la femme, contenant une foule de notions utiles (hygiène, beauté, maladies spéciales).

Ecrit dans un style facile et élégant, cet ouvrage est lu avec profit par les femmes à qui il rend de précieux services.

Médecine de l'Enfance, par le Dr Monin (Maloine).

Ce livre rend de gros services aux mères. Elles le consultent avec profit dans maintes circonstances. Elles trouvent de précieuses indications sur les fièvres éruptives, les vers, les affections nerveuses, etc. C'est un ouvrage pratique et un bon adjuvant du médecin.

ÉCHOS

Académie de médecine.

Par décret, le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions imposées, le legs fait par M. Marc Sée, et consistant en « la somme nécessaire pour acquérir un titre de 500 francs de rente française 3 p. 100 et fonder un prix de 1000 francs qui sera décerné tous les deux ans à l'auteur français du meilleur travail concernant l'anatomie et la physiologie de l'homme publié dans les quatre dernières années et non récompensé antérieurement par l'Académie de médecine ou par l'Institut ».

Collège de France.

— Par suite d'un don généreux — 600.000 francs plus un terrain de 10.000 mètres — une chaire de pathologie exotique est créée au Collège de France.

L'assemblée des professeurs du Collège a proposé au choix du ministre, comme titulaire de cette chaire en première ligne M. le docteur Nattan-Larrier, en deuxième ligne M. le docteur Tanon.

La destruction des mouches.

La rédaction de la *Revue suisse de médecine* offre un prix de 200 francs à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : « La destruction des mouches. »

Les travaux ne devront pas comporter plus de vingt pages. Ils devront être écrits lisiblement et adressés en deux exemplaires à M. le Dr Taillens, privat docent, 1, avenue de la Gare, à Lausanne, ou à M. le Dr Christen, privat docent, Monbijon-Strasse, 6 à Berne.

Les attributions des bureaux d'hygiène.

Les attributions des bureaux d'hygiène sont de deux sortes, obligatoires et facultatives.

A. *Attributions obligatoires*. — 1° Mesures sanitaires concernant les individus :

a) Contrôle de l'exécution du règlement sanitaire pour les prescriptions concernant les individus ;

b) Réception des déclarations de maladies contagieuses ;

c) Vaccination et revaccination ;

d) Service municipal de désinfection (villes de plus de 20.000 habitants) ;

c) Surveillance des hôtels et logements loués en garni ;

d) Statistique des maladies transmissibles.

2° Mesures sanitaires concernant les immeubles :

a) Contrôle de l'exécution du règlement sanitaire pour les prescriptions concernant les immeubles ;

b) Délivrance des permis de construire (villes de plus de 20.000 habitants) ;

c) Assainissement des immeubles insalubres ;

d) Surveillance des eaux d'alimentation, de quelque provenance que ce soit ;

e) Surveillance des fosses d'aisance, puisards ;

f) Casier sanitaire des immeubles ;

3° Mesures concernant les localités :

a) Assainissement général de la localité et de la voie publique ;

b) Contrôle des distributions publiques d'eau potable ;

c) Contrôle des égouts ;

d) Carte sanitaire de la commune.

B. *Attributions facultatives*. — 1° Service médical de l'état civil :

a) Constatation des naissances et décès ;

b) Statistique démographique.

2° Hygiène de l'enfance :

a) Exécution de la loi du 25 décembre 1874 sur la protection des enfants du premier âge ;

b) Contrôle de la qualité du lait, consultations de nourrissons, gouttes de lait, etc. ;

c) Hygiène scolaire, inspection médicale des écoles ;

3° Hygiène alimentaire :

a) Surveillance des abattoirs, inspection des viandes ;

b) Inspection des denrées alimentaires, halles et marchés ;

4° Police sanitaire des animaux ;

5° Surveillance des établissements insalubres, dangereux ou incommodes ;

6° Surveillance de la prostitution.

Etc.

Prix international pour la guérison des porteurs chroniques de bacilles d'Eberth.

Un prix de 12.500 francs a été fondé par un donateur anonyme pour être décerné, sans distinction de nationalité, à la personne qui aura indiqué un traitement curatif des porteurs chroniques de bacilles d'Eberth.

Les mémoires devront être écrits en allemand et adressés, avant le 1er octobre 1914, à M. le professeur Von Schjerning, président de la Commission du concours, 86, Wilhelmstrasse, Berlin, laquelle comprend en outre MM. les professeurs Ehrlich, Gaffky, Krans, Uhlenhuth et Hoffmann. Les expériences doivent être décrites en détail afin qu'elles puissent être contrôlées immédiatement. Il est obligatoire que la guérison des porteurs chroniques de bacilles d'Eberth se soit maintenue pendant au moins six mois.

Au cas où aucun des concourrents n'aurait indiqué un traitement donnant la guérison complète, une partie du prix pourra être attribuée à celui qui se sera le plus raproché des conditions exigées.

Mortalité des jeunes enfants en Europe.

Nous empruntons les chiffres ci-dessous à la *Gazetta degli ospedali e delle cliniche*, laquelle ne donne aucune indication d'origine.

Le nombre des enfants morts avant d'avoir accompli leur première année est pour 1.000 enfants nés vivants, dans les différents pays d'Europe :

Russie	272	France	143
Autriche	202	Angleterre	121
Hongrie	198	Suisse	108
Allemagne	178	Suède	77
Italie	156	Norvège	67

Voici maintenant la mortalité pour 1.000 enfants de moins d'un an dans quelques villes d'Europe :

Moscou	356	Copenhague	156
Bucarest	217	Hambourg	156
Breslau	194	Londres	113
Munich	192	Paris	105
Marseille	186	Zurich	95
Vienne	183	Amsterdam	95
Bruxelles	174	Stockholm	91
Berlin	168		

Médecins français et médecins espagnols.

La communauté de tendances intellectuelles qui unit les savants français et les savants espagnols trouve chaque jour l'occasion de provoquer une manifestation de la nouvelle entente cordiale.

En même temps que les pouvoirs publics consacraient, à Madrid, par l'inauguration de l'Institut français, une ère nouvelle de solidarité scientifique, les médecins de Barcelone, faisaient au Dr Bérillon, professeur à l'Ecole de psychologie de Paris, un accueil enthousiaste.

Le 28 mars, à l'hôpital clinique, il était reçu à la Société espagnole de pédiatrie dans une réunion solennelle, sous la présidence du professeur Martinez Vargas et il y exposait devant un nombreux auditoire les nouvelles méthodes de psychothérapie infantile appliquées au traitement des enfants anormaux arriérés ou vicieux.

Le lendemain, la Société de psychiatrie et de neurologie lui demandait de faire au Collège de médecins de Barcelone une conférence sur les doctrines actuelles de l'école de Paris relatives à la psychothérapie et à l'hypnotisme.

M. le Dr Galceran-Granés, président de la Société, et le Dr Giné y Marriera, directeur de l'asile de Nuovo Belen y prononcèrent des discours éloquents. Un banquet de soixante couverts fut offert avant son départ au Dr Bérillon. Des toasts en français furent prononcés par les Drs Adema, Cervera, Lluch (de Porto-Rico), Fargas, Cordoba (de Murcie) et par le professeur Martinez Vargas qui annonça la prochaine réunion à Palma (de Majorque) d'un Congrès de pédiatrie auquel il souhaite la présence de nombreux médecins français.

84e Année (Série XIIIe) — No 204 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 25 Juin 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis.

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 25 Juin 1913

ÉCHOS

Nos Amis.

M. le Docteur Fillassier a été nommé membre titulaire de la Société de statistique de Paris. Nos vives félicitations à notre excellent ami.

Faculté de médecine de Paris.

M. Aug. Broca, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur d'opérations et appareils à ladite Faculté.

Un médecin député.

Aux dernières élections législatives qui viennent d'avoir lieu dans la Meuse, pour l'arrondissement de Commercy, c'est un médecin, M. le Dr Thiéry, adjoint au maire de la ville de Saint-Mihiel, qui a été élu.

La question des médecins étrangers.

La Ligue médicale française vient de tenir une réunion à laquelle ont assisté de nombreux médecins et étudiants.

L'ordre du jour comportait l'étude des mesures à prendre pour enrayer l'invasion des médecins étrangers.

L'assemblée a voté l'ordre du jour suivant adopté à l'unanimité : 1° Suppression des équivalences aux inscriptions à la Faculté de médecine ; 2° Modifications des conditions d'admissibilité des étrangers au concours de l'Assistance publique ; 3° Attribution à une commission exclusivement composée d'éléments professoraux, du droit de statuer sur les instances formées par les médecins étrangers pour être admis à exercer en France ; 4° Exclusion des médecins étrangers de toutes fonctions médicales rétribuées par l'Etat, les départements, les communes et les concessionnaires des services publics. Le Docteur Reymond, sénateur, a accepté de déposer, sur le bureau du Sénat, un projet de loi conçu dans le sens indiqué.

Le Docteur Alexis Carrel dans son Laboratoire

Il n'est bruit en ce moment, dans les journaux, que de notre confrère et compatriote, M. le docteur Alexis Carrel, de l'Institut Rockfeller (de New-York), à qui fut attribué tout dernièrement le prix Nobel.

Nous pensons être agréable à tous les lecteurs de la *Gazette Médicale de Paris*, en leur faisant connaître, d'après la description que vient d'en donner dans le *Temps* notre distingué confrère M. le docteur F. Helme, comment M. Carrel procède dans son laboratoire à ses admirables recherches.

Tous plus ou moins, vous avez entendu parler de cet ingénieur américain, M. Taylor, qui, en établissant une technique rigoureuse, fait produire à la machine humaine le maximum de rendement avec le minimum de temps et d'efforts. Inconsciemment ou non, M. Carrel semble s'inspirer du taylorisme », en ce sens que, dans ses opérations, rien n'est livré au hasard, tous les gestes sont étudiés, tous les rôles sont distribués à chaque personnage ; aucun mouvement qui ne concoure au but poursuivi. Pour obtenir ce maximum d'effet, il a pris à chaque méthode étrangère ce qu'elle pouvait avoir de bon : Paulow lui a fourni l'idée des chambres successives que nous verrons tout à l'heure ; à Paul Bert il a emprunté tout ce qui a trait à la vie latente et à la conservation des organes au froid. Ce coin de son œuvre est peut-être le plus humble, c'est cependant celui qui m'émerveille le plus. Imaginer n'est rien, en science. Qui n'a pas une idée par jour? Mais savoir forger une méthode, savoir interroger la Nature sans la brusquer, la contraindre enfin à desserrer les lèvres, voilà le terrible!... Au surplus, entrons dans le laboratoire de M. Carrel et regardons-le agir, cela vaudra tous les discours.

Voici un chien auquel on va enlever un morceau de la carotide pour le remplacer par une veine. L'animal est amené dans une première pièce où un aide vigoureux le saisit et le coiffe d'un masque plein d'éther anesthésique. De là, il l'emporte dans une seconde salle où, sur une table spéciale, s'achève l'éthérisation. Quand l'animal est endormi, au bout de deux minutes, on le dirige dans une troisième salle où l'on prépare la région à opérer. Ici interviennent les aides femmes, au nombre de quatre, plus dociles, plus délicates, plus habiles que les hommes. Au moyen de ce sulfure de sodium qu'emploient nos élégantes pour enlever les duvets indiscrets, l'une d'elle fait tomber les poils de la bête, en évitant toutefois de lui brûler la peau, après quoi, elle couvre de teinture d'iode la surface épilée et y pose une compresse protectrice stérilisée. Le sujet passe enfin dans la pièce où l'attend M. Carrel. Sa première assistante, miss Lelly, a tout organisé d'avance. Cette salle d'opération est peinte en gris jusqu'à la hauteur de 2 m. 40 ; tout ce qui s'y trouve est stérilisé et par conséquent peut être touché sans danger.

Ayant remarqué que les joailliers font valoir leurs pierreries en les plaçant sur du velours foncé, M. Carel se sert de compresses et de draps complètement noirs, qui, sous le jour cru du plafond vitré mettent en relief le détail des chairs. Il est lui-même vêtu de noir, ainsi que sa première assistante. Devant lui se tient une sténographe chargée d'enregistrer les plus petits détails de l'opération. S'il y a insuccès, il sera aisé, en se reportant à ce procès-verbal, de voir où et quand une erreur de technique s'est produite.

La plaie faite, on la lave doucement au sérum de Ringer, qui contient, outre du sel, un peu de potasse et de chaux ; on l'enduit de vaseline, puis on entoure ses bords avec de la soie du Japon noire. Cela fait, on arrête le cours du sang au moyen d'une pince et l'on sectionne la carotide. A ce moment est ouverte la boîte contenant dans un tube de vaseline le fragment de veine conservé au froid en *cold-storage;* on casse le tube et l'on coud chaque extrémité de cette veine à chaque bout de la carotide sectionnée et bien lavée. Cette couture est la manœuvre la plus délicate de toute l'opération.

En effet, pour éviter que le sang ne s'échappe des vaisseaux à la moindre blessure, la bonne Nature a dosé notre liquide nourricier d'un ferment spécial, le *fibrin-ferment*. Dès qu'un peu du précieux liquide est à l'air, le ferment entre en jeu, un caillot se forme et voilà la plaie artérielle ou veineuse munie d'un bouchon. Les ménagères qui se sont escrimées des heures entières à confectionner de la gelée de fruits ou de viande verront tout de suite l'habileté de la nature : un peu d'oxygène et instantanément le sang se coagule et la gelée sanguine est faite.

Mais les caillots, excellents contre les hémorragies, ne valent rien dans les plaies ; ils achèvent de fermenter, les cellules se détruisent, et adieu ! l'opération est ratée. Il peut même arriver que le caillot microscopique soit emporté dans le torrent circulatoire et alors on a pire : s'il se fixe dans une artère du cerveau pour la boucher, c'est la mort sans phrases.

Quand la suture est faite, il faut donc laver et relaver la plaie jusqu'à ce qu'il n'y reste rien que les tissus bien nets, bien lisses; alors on les recoud, en réunissant d'abord les muscles sectionnés, puis leurs enveloppes, puis la peau et c'est fini.

M. Carrel, au début, soudait à bloc les extrémités de ces vaisseaux et souvent il avait des mécomptes. Il eut donc l'idée d'utiliser les petits caillots qui se forment autour des points d'aiguille, et au lieu de faire une couture serrée, il la tient lâche. Le petit caillot vient compléter comme du ciment la fermeture, et dès lors tout se passe le mieux du monde. Ce détail infime vous montre la difficulté inouïe des techniques nouvelles.

L'opération terminée, la tâche du chirurgien continue. Il faut surveiller l'opéré et établir tout un programme de soins minutieux. Ainsi, notre pauvre cabot est revêtu d'une chemise arrangée de telle façon qu'il ne puisse l'enlever, tout en restant libre de ses mouvements. On le met dans un sac, on le porte dans une cage chauffée, et quand il est réveillé on lui donne à boire et à manger, car les chiens ne sont nullement éprouvés par l'éther. Au bout de huit jours, il n'y paraît plus. L'animal est alors transporté à 30 milles de New-York, près de New-Brunswick où se trouve la ferme du Rockefeller-Institut ; il y achève tranquillement sa guérison sous la paternelle direction d'un ami des bêtes. Il faut le dire ici, tout est prévu pour que nos utiles compagnons souffrent le moins possible de nos expériences.

Quant à la portée pratique des recherches poursuivies par le docteur Carrel, elle est tellement importante, les applications de ses méthodes sont déjà si nombreuses et si variées que je remets à la prochaine fois le plaisir de les exposer. Vous verrez qu'en décernant, l'an dernier, le prix Nobel de chirurgie au Lyonnais Alexis Carrel de New-York, l'aéropage international réuni à Stockholm n'a pas uniquement récompensé un bel effort scientifique, il a voulu aussi payer en monnaie de gloire la dette de tous les malades : de ceux qui déjà furent soulagés et de ceux à qui M. Carrel a rouvert les portes lumineuses de l'espérance.

Dr F. HELME.

Au Pas

Une revue range les hommes en quatre catégories, d'après leur façon de marcher. C'est à savoir :

Grands pas rapides : activité violente, agressive;
Grands pas lents : force tranquille, opiniâtreté;
Petits pas rapides : esprit frivole et superficiel;
Petits pas lents : esprit candide et contemplatif.
Restent les culs de-jatte...
Et les « vieux marcheurs ».

Aviation et Obstétrique

L'aviateur Brindejonc des Moulinais vient de recevoir la lettre suivante, trop polie pour que nous y changions un mot :

Paris, 7 juin 1913.

Monsieur Brindejonc, aviateur, Villacoublay.

Monsieur,

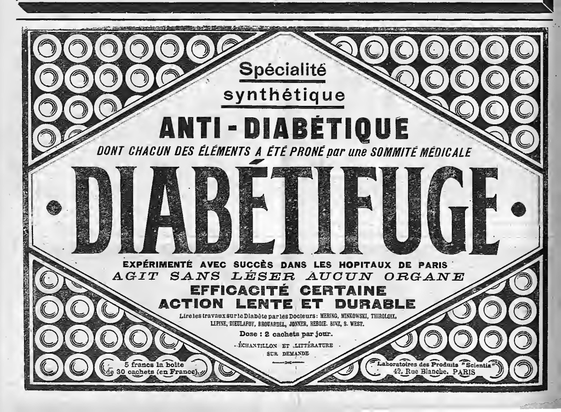
Lors de votre voyage en aéroplane de Paris à Copenhague, vous avez été obligé d'atterrir dans une prairie près de Coesfeld. Or, le propriétaire de cette prairie, M. Gaspar Rulle, à Coesfeld, vient de solliciter mon intermédiaire afin que vous lui payiez 200 marks, en alléguant, qu'au moment de votre atterrissage il se trouvait sur ladite prairie trois de ses vaches dont une était pleine et devait bientôt vêler. Par suite de la peur qu'elle a ressentie, le vêlement s'est fait trop tôt, et la vache a dû être abattue immédiatement, ainsi qu'il résulte d'un certificat du vétérinaire, produit par M. Rulle. Celui-ci prétend avoir subi de ce fait un dommage de 200 marks qu'il vous réclame maintenant.

Dans le cas où vous seriez disposé à régler cette affaire à l'amiable par l'intermédiaire du consulat, je vous serais obligé de vouloir bien me le faire savoir dans un délai de huit jours au plus tard, par écrit ou verbalement. Le consulat est ouvert tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 2 heures à 4 heures.

Si cette affaire ne se terminait pas à l'amiable, je ne pourrais que laisser à M. Rulle, à Coesfeld, le soin de recourir aux tribunaux.

Agréez, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le consul général d'Allemagne.


Spécialité
synthétique
ANTI-DIABÉTIQUE
DONT CHACUN DES ÉLÉMENTS A ÉTÉ PRONÉ par une SOMMITÉ MÉDICALE
DIABÉTIFUGE
EXPÉRIMENTÉ AVEC SUCCÈS DANS LES HOPITAUX DE PARIS
AGIT SANS LÉSER AUCUN ORGANE
EFFICACITÉ CERTAINE
ACTION LENTE ET DURABLE
Lire les travaux sur le Diabète par les Docteurs : MERING, MINKOWSKI, THIROLOIX, LEPINE, DIEULAFOY, BROUARDEL, JONNER, REBOIE. BINZ, S. WEST.
Dose : 2 cachets par jour.
ÉCHANTILLON ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE
5 francs la boîte de 30 cachets (en France).
Laboratoires des Produits "Scientia" 42, Rue Blanche. PARIS

L'EMPLOI DU SPIROMÈTRE

DANS LES

Manœuvres de la Méthode de l'Exercice physiologique DE RESPIRATION

Mesure de la Résistance et de la Débilité respiratoire

Par M. le Dr Georges ROSENTHAL

Un procédé, si ingénieux qu'il soit, fut-il nonveau, dût-il intéresser le malade et l'inciter à la manœuvre ne suffit pas pour constituer à lui seul une méthode de gymnastique respiratoire. La Méthode de l'Exercice physiologique de respiration, telle que nous la concevons, commence à l'examen du malade et se termine à son contrôle. Elle utilise une série de manœuvres essentiellement groupées autour de la respiration volontaire, et dont la liste est indéfiniment extensible au fur et à mesure que de nouveaux expérimentateurs prôneront tel ou tel procédé de respiration directe ou indirecte. Mais, en aucune façon on ne saurait qualifier de méthode une manœuvre qui consiste à insuffler de l'air dans une bouteille remplie d'eau. C'est ainsi que Hutchinson, il y a près d'un siècle, faisait les premières expériences qui le conduisaient à construire son spiromètre ; il eut le mérite, grâce à un mouvement d'horlogerie, de créer la mensuration spirométrique... Dès son origine, la spirométrie était utilisée comme manœuvre de gymnastique respiratoire ; elle servait à prévenir la tuberculose. — Le dispositif récemment décrit s'inspire du spiromètre de Brucker, connu et utilisé depuis longtemps.

D'ailleurs, l'emploi de la Spirométrie en gymnastique respiratoire médicale comporte quelques restrictions ; à plusieurs reprises, nous avons signalé avec notre élève Tilloye, les inconvénients de l'effort respiratoire chez des individus à parenchyme pulmonaire non absolument intact ; nous sommes encore de cet avis.

Cependant, par cela même que nous nous abstenons de l'emploi du Spiromètre uniquement à cause des dangers de l'Effort respiratoire, nous l'employons lorsque ce danger est nul, tant pour l'entraînement spirométrique que pour la mesure de l'air courant, comme les physiologistes l'ont utilisé depuis sa découverte. Il nous sert surtout depuis quelques mois pour *la Mesure de la Résistance respiratoire* étudiée soit par la recherche de la capacité vitale, soit par l'étude de l'air courant.

Le cadran du spiromètre a l'avantage, depuis longtemps connu, d'être le témoin fidèle de l'énergie ventilatrice du thorax et de pouvoir intéresser le malade. Il faut d'ailleurs éviter qu'il se lasse d'un exercice invariable et constamment répété.

Notre recherche de la Résistance respiratoire correspond à l'idée directrice suivante : Nous avons contribué à préciser par l'ensemble de nos recherches (1), les conditions nécessaires d'une respiration physiologique. Or, il ne suffit pas que la respiration soit nasale, suffisante, complète, rythmée : il faut encore qu'elle soit résistante, c'est-à-dire que le sujet ait une énergie nerveuse qui ne s'épuise pas et qui permette la constance de l'effort musculaire nécessaire à la respiration. Il faut qu'une éducation nerveuse ou même qu'une tonification nerveuse du sujet intervienne, s'il en est besoin. C'est pourquoi *la Méthode de l'Exercice physiologique de Respiration* s'allie à la pratique de l'hygiène de la peau, depuis la douche jusqu'à la friction de Muller (2), dcpuis l'aérothérapie jusqu'à l'opothérapie uerveuse (*Bulletin de Thérapeutique*, mars 1911).

(1) *L'Exercice physiologique de Respiration* (1 vol. Alcan, 1913.

(2) *Journal de Physiothérapie*, 1907 et 1912. *Société de l'Internat* 1907. Congrès International des Sports et de l'Education physique. La séance matinale d'Exercice physique.

Mais s'il est évident qu'il serait inntile d'être en possibilité de bien respirer, si la fatigue nerveuse ne permettait pas à l'organisme de faire quinze fois par minute l'effort syndromique du soulèvement des côtes et de l abaissement dn diaphragme, il était utile de préciser le problème et d'en tronver l'estimation clinique.

Voici notre technique. Elle repose sur la constatation suivante :

Un sujet est résistant respiratoire *lorsque la spirométrie de sa capacité vitale prise de 3 à 5 fois de suite à 20 secondes d'intervalle donne des chiffres croissants ou égaux. Sa résistance respiratoire est proportionnelle à l'accroissement des chiffres, inversement proportionnelle aux intervalles nécessaires pour obtenir l'égalité des chiffres spirométriques. L'Epreuve répétée dix fois, indique une vigueur remarquable de la fonction respiratoire.* Les chiffres de 3 litres pour l'homme, de 2 litres 1/2 pour la femme adulte peuvent être acceptés comme l'unité normale.

La mesure de la résistance respiratoire doit se faire non seulement par l'estimation de la capacité vitale, mais aussi par l'étude de l'air courant. Dans ce cas, l'intervalle entre deux épreuves sera de 0 à 10 secondes. *Un sujet résistant respiratoirement pourra, cinq à dix fois, expirer dans le spiromètre sans effort soutenu en dépassant chaque fois 1 litre.* Il sera dans les performances remarquables lorsque l'épreuve pourra s'effectuer dix fois de suite sans intervalle et marquer (pour 10 respir.) 15 à 20 litres pour l'homme, 10 à 15 litres chez la femme.

En un mot, pour parler le langage du lieutenant Hébert, nous considérons comme *débrouillage* de la résistance respiratoire, la possibilité d'obtenir un chiffre égal de capacité vitale, trois à cinq fois de suite à 20 secondes d'intervalle, et un chiffre égal d'air courant, cinq à dix fois de suite de 0 à 10 secondes d'intervalle entre deux des expirations mensurées.

L'Epreuve de résistance de capacité vitale doit se pratiquer selon le mode suivant :

Le sujet tient à la main droite le tube de caoutchouc du Spiromètre Verdin ou de la bouteille Brucker, armé d'un tube de verre bouilli ; il respire trois fois profondément en cadence, et à la troisième fois, expire dans le tube de verre qu'il prend à pleine bouche. Le chiffre est noté. Après un arrêt de 20 secondes, l'épreuve est recommencée en notant, comme précédemment, l'expiration de la 3e course thoracique.

Dans l'Epreuve de résistance avec mensuration de l'air courant, il faut veiller à ce que le sujet fasse une expiration simple d'une seule venue, sans reprise ni effort. Elle équivaut en général, à 1 litre 1/2.

Dans l'épreuve de la capacité vitale, on sera frappé de la baisse rapide des chiffres obtenus chez certains sujets qui, à un examen moins complet, paraissaient dans les meilleures conditions respiratoires. La *débilité respiratoire* se gradue aisément. Elle est du premier degré si la spirométrie baisse à la 3e respiration, du second degré si elle baisse à la 2e. La notation de chaque degré peut se compléter par l'indication de la diminution du chiffre obtenu ; débilité du premier degré avec diminution d'un litre par exemple.

Avec moins de précision, la résistance et la débilité respiratoires peuvent s'apprécier par la variation des chiffres obtenus avec notre centimètre symétrique dans des mensurations en série.

La débilité explique certaines cachexies respiratoires méconnues. La résistance explique certains états satisfaisants malgré une insuffisance respiratoire quantitative ; car la débilité et l'insuffisance sont deux syndrômes indépendants.

L'étude que nous venons de faire de ce phénomène induique quelle sera la base du traitement. Il devra s'adresser essentiellement au système nerveux par l'opothérapie, l'hydrothérapie et l'aérothérapie.

Les zymases cérébrases, aidées de toutes les médications toniques dn système nerveux, en particulier les petites injections de 10 à 50 cm^3 d'ean de mer, la douche à température agréable, l'accontumance au contact de l'air si facile à réaliser par la *Séance matinale d'Exercice physique* (1), le massage vibratoire, en sont les bases essentielles. Cependant, l'Exercice physiologique de respiration sera mis en œuvre, mais d'une façon simple (20 à 40 respirations physiologiques produites en 2 à 4 exercices), à dose de maintien d'entraînement, *car la résistance respiratoire est une qualité nerveuse qui doit remplacer la défaillance nerveuse de la débilité respiratoire.*

Dans l'étude que nous présentons aujourd'hui, nous avons accepté comme point de comparaison, l'expiration effectuée par la bouche. C'est là, en effet, une mesure clinique. La Spirométrie permet de rechercher la même épreuve par l'inspiration buccale ou nasale, au moyen d'un dispositif bien connu en physiologie expérimentale.

La résistance respiratoire n'est qu'un des facteurs cliniques mis en lumière par la Spirométrie. Pour examiner et guider ses malades, il faut encore apprécier la rapidité d'expulsion ou d'introduction de l'air. *Deux sujets qui ont une capacité vitale de 3 litres ne sont pas égaux si l'un expire dans un temps normal, l'autre dans un temps double du temps normal.* Inversement, à durée égale, la quantité d'air peut varier. Il y a là *un coefficient de rapidité de débit* de première importance.

D'autre part, l'air expiré peut être expulsé avec une force variable. Il peut sortir en bavant et sans puissance, il peut également être projeté avec force. *Le coefficient d'énergie respiratoire* qui calcule cette force peut s'apprécier cliniquement par la simple manœuvre de l'extinction d'une petite lampe allumée toujours identique, ou d'une bougie à distance progressivement agrandie. Il peut se mesurer exactement par des procédés précis. Il n'est pas identique au coefficient de rapidité, en particulier à cause de la variation des dispositions anatomiques des voies respiratoires trachéo-larygo nasales. Il précise la physiologie de l'asthme et de l'emphysème.

En un mot, le courant d'air, tant inspiratoire qu'expiratoire peut s'étudier sous tous les modes d'étude pratiqués pour le courant électrique. *La quantité*, dénommée par les Auteurs classiques, la Spirométrie ; le *coefficient de rapidité de débit*, *le coefficient d'énergie de débit*, etc... sans parler des qualités chimiques, hygrométriques ou bactériennes...

Avec cette recherche qui continue la série de notions précises que j'ai essayé, avec d'autres auteurs d'ailleurs, d'introduire dans l'Etude laissée trop empirique de la Gymnastique respiratoire (2), nous sommes bien loin d'une expérience de physique amusante ; nous sommes dans la Vérité médicale. *L'Exercice physiologique de Respiration* étend son domaine sur toute l'hygiène.

Mais l'*Exercice de Respiration* ne conquerra sa place triomphale et ne la gardera que si les Auteurs veulent bien continuer à le maintenir dans la voie médicale, physiologique et précise où nous avons contribué à le placer.

(1) Congrès des Sports et de l'Education Physique. *Journal de Physiothérapie*, 1913.

(2) Voir *Journal de Physiothérapie* 1903-1913, *Société de l'Internat, Médicale des Hôpitaux, de Medecine de Paris, de Thérapeutique*, etc.

L'INTESTIN

Traitement de la Péricardite tuberculeuse

PAR LA

PÉRICARDOTOMIE SANS DRAINAGE

Par M. le Docteur O. JACOB

Il y a deux ans, le 28 février 1911, mon maître et ami M. Rochard a fait un rapport à la Société de Chirurgie sur un malade atteint de péricardite tuberculeuse à grand épanchement séro-hématique, malade chez lequel j'avais pratiqué une péricardotomie sans drainage et qui avait guéri sans accidents. J'ai eu l'occasion, il y a deux mois, de pratiquer de nouveau la même intervention chez un jeune soldat, atteint également de péricardite tuberculeuse; mon malade a, lui, aussi, parfaitement guéri.

Voilà donc deux cas de péricardite tuberculeuse, les deux seuls cas qu'il m'a été donné d'observer, qui ont été traités et guéris par la péricardotomie sans drainage. Or, si l'on songe aux résultats peu brillants que l'on obtient, dans cette affection, par les ponctions répétées ou par la péricardotomie suivie de drainage, ces deux succès sur deux cas me paraissent avoir une certaine importance et plaider en faveur du traitement et de la technique opératoire que je préconise. C'est pour ce motif que j'ai cru bon de revenir sur cette question.

Voici tout d'abord l'histoire de mon malade. La partie médicale de son observation appartient à mon distingué collègue du Val-de-Grâce, le professeur agrégé Rieux, qui, le premier, a vu le malade, a fait le diagnostic et m'a demandé de l'opérer.

A..., vingt et un ans, engagé volontaire de trois ans au 21e colonial (fort d'Ivry), entré au Val-de-Grâce le 7 mars 1913.

Rougeole à dix-neuf ans. Pas de maladie depuis son entrée au service militaire; en particulier, pas de rhumatisme. Pas de séjour aux colonies. Début de la maladie actuelle il y a deux semaines environ, à la suite de fatigues assez grandes (marches d'épreuve), par de la dyspnée, de la toux et un point de côté à gauche. Après un séjour d'une semaine à l'infirmerie de son corps, le malade est évacué sur le Val-de-Grâce, dans le service du professeur agrégé Rieux.

A l'entrée, fièvre assez élevée (39°3), état général amaigri, faciès rosé sans cyanose.

A l'inspection de la région précordiale, on note une très légère voussure; la palpation large révèle un très léger frémissement; il est impossible, même dans le décubitus latéral gauche, de délimiter l'emplacement du choc de la pointe. La matité cardiaque est très augmentée et comprend les limites suivantes en haut, le niveau des 3e côtes, en particulier celui de la 3e côte gauche; à droite, le bord droit du sternum, qu'elle suit en ligne parallèle jusqu'à l'angle de la 5e côte droite; en bas, une ligne un peu courte, passant au niveau de la 8e côte gauche, à 12 centimètres au-dessous du mamelon gauche; enfin, à gauche, une ligne un peu courbe, mais régulière et sans aucune encoche, réunissant obliquement en has et à gauche la 3e côte gauche à la 8e côte. L'ensemble de la matité précordiale a ainsi un dessin piriforme à grosse extrémité inférieure et mesure dans ses grandes dimensions : transversale, 13 centimètres, et verticale, 16 centimètres. Elle comprend le 5e espace intercostal droit et réalise, par conséquent, le signe de Rotch; mais le signe d'Ewart, c'est-à-dire la formation d'un angle obtus par la jonction de la ligne de matité hépatique supérieure avec la ligne externe droite de matité précordiale n'existe pas.

L'auscultation du cœur fournit les signes suivants : à la pointe, bruits lointains et affaiblis. A l'appendice xiphoïde et sur le bord gauche du sternum, frottements péricardiques très nets, qu'on retrouva plus faibles dans la région mésocardiaque. A l'orifice aortique, bruits très affaiblis. Le pouls bat à 100 à la minute; il est régulier, mais petit, filant, très hypotendu, donnant l'impression d'un myocarde qui fléchit, impression qui contraste avec la parfaite et complète connaissance du malade. Pas de signe de Kussmaul appréciable. Pas de turgescence anormale des jugulaires.

Aux poumons, sommets normaux; espace de Traube, sonore; en arrière, à la base du poumon gauche, il existe des signes d'épanchement pleural peu abondant; ces signes sont en relation avec un épanchement certain et non avec une pseudo-pleurésie (signe de Pins), comme on le constate dans certains cas de péricardite avec épanchement.

Rien aux autres appareils; pas d'albuminurie; pas de troubles nerveux, pas de délire.

12 *mars*. — Les symptômes précédemment décrits ont persisté sans modification appréciable; seuls, les frottements péricardiques se sont affaiblis; la matité précordiale a la même étendue; le pouls bat à 100 toujours très faible, filant et hypotendu.

Le diagnostic de péricardite tuberculeuse (en raison de l'absence de toute manifestation d'ordre rhumatismal, de l'état général du malade, de l'évolution de l'affection, de la concomitance d'une pleurésie nettement tuberculeuse) est porté par M. Rieux et une péricardotomie est décidée.

Le malade subit l'opération à neuf heures du matin, après anesthésie légère au chloroforme, *sans ponction préalable*.

Opération. — L'opération pratiquée est faite selon la technique de Delorme et Mignon incision de 10 centimètres, à un travers de doigt du bord gauche du sternum, depuis la 4e jusqu'à la 7e côte gauche; cette incision est complétée par deux incisions situées aux deux extrémités, perpendiculaires et mesurant 3 centimètres; libération des deux lambeaux rectangulaires ainsi constitués; résection des cartilages costaux des 5e et 6e côtes gauches sur toute leur longueur; désinsertion du muscle triangulaire dans l'ouverture produite par les résections costales; le muscle, ainsi que le paquet vasculaire de la mammaire gauche et le cul-de-sac pleural gauche, sont réclinés au dehors; le péricarde apparaît alors; il est incisé sur toute la hauteur de l'ouverture costale. Cette incision laisse sourdre une quantité assez faible de liquide, car le cœur est presque au contact du péricarde; il faut soulever le bord inférieur du cœur avec le doigt et faire asseoir le malade pour faire sortir au dehors la plus grande partie du liquide. Celui-ci est séro-hématique et sa quantité peut-être évaluée à 7 ou 800 grammes.

Le myocarde apparaît recouvert de fausses membranes fibrineuses et présente même déjà des adhérences récentes, qui sont rompues sous le doigt; il est râpeux. La *boutonnière du péricarde est laissée ouverte*. La plaie cutanée et sous-cutanée est ensuite refermée aussi complètement que possible par des points de suture rapprochés et serrés. Pansement épais et absorbant.

Le malade a très bien supporté la chloroformisation; aussitôt après l'ouverture du péricarde et l'issue du liquide intrapéricardique, le pouls est passé de 120 à 100 et même 80, en même temps qu'il prenait de l'ampleur et de la tonicité.

13 *mars*. — Les suites opératoires immédiates sont normales. On note surtout de la cyanose et de la dyspnée. Spartéine et huile camphrée en injection.

15 *mars*. — La fièvre diminue; le pouls accuse quelques extrasystoles; l'hypotension est assez grande. Le pansement, complètement imbibé de liquide séro-hématique provenant du péricarde par les lèvres de la plaie cutanée, est renouvelé. Le malade accuse d'assez vives douleurs intercostales dans le côté gauche.

21 *mars*. — Amélioration progressive. Pouls régulier, assez rapide (110 à 120), un peu hypotendu. Les bruits du cœur sont encore lointains, sauf cependant à l'orifice aortique, où le deuxième bruit est très peu frappé. Les fils cutanés ont été enlevés.

31 *mars*. — Plus de fièvre depuis le 29 mars. Pouls toujours un peu rapide, mais moins faible. On sent la pointe, quoique faiblement dans le 4e espace gauche, à deux travers de doigt sous le mamelon. La matité précordiale est encore anormalement étendue, mais elle a notablement rétrocédé, surtout à droite, où elle ne dépasse pas la ligne médiosternale, et en has, où elle a remonté de 2 centimètres environ; elle dessine une surface irrégulièrement circulaire de 12 centimètres de diamètre. La plaie cutanée est complètement cicatrisée. Il existe à son niveau, exactement sur toute sa hauteur et sur une largeur de 3 centimètres environ, un bourrelet œdémateux développé dans la région sous-cutanée; cet œdème provient incontestablement de l'épanchement intrapéricardique; il s'est formé à la suite d'un décubitus latéral gauche dans lequel s'est placé le malade pendant plusieurs heures.

2 *avril*. — L'œdème localisé au niveau de la plaie opératoire a disparu. On voit des battements cardiaques dans les 4e et 5e espace intercostaux gauches à égale distance du mamelon et du sternum. La surface de matité précordiale a encore diminué et est réduite à une zone limitée à droite par la plaie opératoire et à gauche par une ligne hémicirculaire partant de ses extrémités et passant à 6 centimètres à gauche, au niveau de la ligne mamelonnaire. Les bruits du cœur s'entendent bien, le premier encore un peu affaibli. Pas de frottements. Les signes de pleurésie gauche avec épanchement moyen persistent; une ponction exploratrice retire du liquide séreux dans lequel on constate une lymphocytose très accusée. Il s'agit donc d'une pleurésie tuberculeuse banale.

8 *avril*. — Battements cardiaques mous, un peu rapides (92 à la minute). Même aire de matité précordiale. Les signes de pleurésie gauche existent encore.

12 *avril*. — Pouls : 80, assez fort et régulier. Les signes d'épanchement pleural rétrocèdent.

20 *avril*. — Le malade est considéré comme guéri de sa péricardite. On trouve encore des signes de faible épanchement pleural à la base gauche. Le malade est autorisé à se lever. L'auscultation du cœur ne révèle, en tant que signe anormal, qu'un dédoublement inconstant du deuxième bruit à l'orifice pulmonaire.

1er *mai*. — L'examen du cœur montre : les battements de la pointe dans le 4e espace gauche sous le mamelon, la dépression systolique des 4e et 3e espaces gauches; à l'auscultation le dédoublement inconstant du deuxième bruit persiste; le pouls est toujours plus faible qu'à l'état normal, mais régulier. Les signes d'épanchement pleural ont disparu. Rien d'anormal du côté des autres appareils, en particulier du côté pulmonaire, hépatique et rénal.

En résumé : Guérison de la pleurésie et de la péricardite; amélioration notable de l'état général; signes de symphyse cardiaque sans troubles fonctionnels bien appréciables.

Telle est l'observation de mon malade.

Permettez-moi de la faire suivre de quelques considérations relatives au diagnostic, au procédé et à la technique opératoires.

Chez le malade dont je viens de vous lire l'histoire, le diagnostic a été fait par les seuls signes cliniques ; ni mon collègue Rieux, ni moi n'avons voulu utiliser la ponction. L'opération, en nous montrant l'existence d'un épanchement situé surtout en arrière du cœur, a justifié notre abstention : la ponction en effet, eût été sans doute négative ; elle eût, de plus, exposé le chirurgien à blesser le cœur. J'ai insisté dans une première communication sur la fréquence de la situation rétrocardiaque de l'épanchement dans les péricardites. Je l'ai, pour mon compte, rencontrée chez mes deux malades. De son côté, mon collègue et ami Toubert (1) opérant, il y a un an, par la péricardotomie d'emblée, un malade de Chavigny atteint de péricardite aiguë rhumatismale, a trouvé également un épanchement rétrocardiaque : le cœur était accolé à la paroi antérieure du péricarde. Cette situation rétrocardiaque de l'épanchement est donc, je le répète, très fréquente. Elle contre-indique à mon avis, la ponction. Or, comme elle ne peut être sûrement reconnue avant l'intervention, il est plus prudent de ne pas ponctionner. Il est d'ailleurs une autre raison, et ce n'est pas la moindre, qui rend la ponction toujours dangereuse, même quand on la fait suivant le procédé de Marfan, par la voie sous-xiphoïdienne : c'est la possibilité d'une erreur de diagnostic. Or, les difficultés du diagnostic de la péricardite avec épanchement sont souvent considérables et la confusion avec une dilatation du cœur est possible, même pour un médecin expérimenté et averti ; la ponction, dans ce cas, peut être mortelle. En voici un exemple récent qui appartient à mon maître le professeur Mignon et qu'il m'a autorisé à vous communiquer.

« En l'année 1906, vers midi et demi, au moment, où, dit le professeur Mignon, je terminais une matinée chirurgicale, un de mes collègues du Val-de-Grâce me fit descendre un malade, en traitement depuis quelques jours dans son service et qui était préagonisant. Il me le présenta comme atteint d'une péricardite séreuse.

« Vous êtes bien sûr de votre diagnostic ? « dis-je à mon collègue, ce n'est pas une dilatation du cœur ? »

« — Aucun doute, me répondit-il. Depuis « que je tiens le malade en observation, j'ai « vu s'accroître tous les symptômes : étendue « de la matité précordiale, affaiblissement « du pouls, éloignement des bruits du cœur. »

« Le malade fut placé sur la table d'opération. Il était violacé et asphyxiant ; un pouls filant, incomptable et presque imperceptible, une matité préthoracique gauche se propageant jusque dans l'aisselle.

« Et avant de prendre le trocart, je redis « à mon collègue : « Ainsi, aucune hésitation « sur le diagnostic de péricardite ? » Mon insistance parut le désobliger.

« Je ponctionnai, avec une aiguille Potain de petite dimension, et je progressai le vide à la main, suivant l'expression. Bientôt, du sang noir et spumeux descendit dans le bocal. J'eus l'impression d'être en plein cœur et retirai l'aiguille.

« Le malade succomba sur la table d'opération.

« A l'autopsie, pas une goutte de liquide dans le péricarde, mais une dilatation énorme du cœur.

« Ce fut pour moi, ajoute la professeur Mignon, la condamnation de la ponction du péricarde. »

(1) *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 12 mai 1912.

Comme vous le voyez, la ponction peut être, en cas d'erreur de diagnostic, très dangereuse. Si le diagnostic est exact, elle peut être négative. Elle est, d'autre part, inutile, puisque quand elle est positive, elle doit être suivie immédiatement de l'ouverture du péricarde. Il est donc de beaucoup préférable, comme je l'ai recommandé et comme je l'ai fait chez mon malade, d'avoir recours d'emblée à la péricardotomie, qui constitue à la fois un moyen de diagnostic toujours sûr et le seul traitement véritablement efficace.

J'aborde maintenant la question du procédé et de la technique opératoires de la péricardotomie.

J'ai utilisé, chez mon malade, le procédé de Delorme et Mignon. L'opération est facile, hien réglée, peu grave, praticable au besoin avec l'anesthésie locale. Elle donne un accès large sur le péricarde et elle permet au chirurgien de ménager à coup sûr la plèvre. Tout cela est bien connu aujourd'hui et je n'insisterai pas davantage. Mais, dans le traitement de la péricardite tuberculeuse, le procédé de Delorme et Mignon présente encore un avantage qui n'a guère été signalé et que je voudrais bien mettre en relief : par *la résection des* 5e *et* 6e *cartilages costaux qu'il nécessite, il réalise à l'avance le traitement de la symphyse cardiaque*, laquelle fait suite, vous le savez, presque fatalement, à la péricardite tuberculeuse guérie. Mon malade est la preuve de ce que j'avance. En effet, vous constaterez, en l'examinant, que la paroi thoracique, devenue souple grâce à la résection des 5e et 6e cartilages costaux, peut suivre le cœur dans ses mouvements ; elle se déprime pendant la systole ; elle se soulève au contraire pendant la diastole. Dans le procédé de Delorme et Mignon, la résection des 5e et 6e cartilages costaux gauches n'est donc pas, comme on l'a dit, une complication opératoire ; elle constitue au contraire, un des temps les plus utiles de l'intervention, et, pour mon compte, je ne verrais aucun inconvénient à l'étendre encore davantage, à la faire porter, par exemple, sur toute la longueur des 5e, 6e et 7e cartillages.

J'ai soutenu dans ma première communication, que, dans le traitement de la péricardite tuberculeuse à grand épanchement séreux ou séro-hématique, la péricardotomie ne devait pas être suivie de drainage, si l'on voulait éviter l'infection secondaire de la cavité péricardique, cause de la mort chez le plus grand nombre des opérés. Les résultats que j'ai obtenus chez mes deux malades sont, je crois, tout à fait en faveur de cette opinion. J'ai eu, d'ailleurs, la satisfaction de la voir adopter à la Société de chirurgie par un certain nombre de nos collègues qui ont pris part à la discussion, et en particulier par Guinard et par Fauré. Tout récemment, Blechmann, dans une thèse très documentée sur les épanchements du péricarde (*Thèse de Paris*, 1913), déconseille, lui aussi, le drainage. De même Schwartz, dans son livre sur la chirurgie du thorax, publié en 1912. Je n'insisterai donc plus sur ce point. Je me contenterai seulement d'ajouter que si, après la péricardotomie, le drainage ne présente que des dangers et doit, par conséquent, être abandonné, il faut, par contre, laisser ouverte l'incision faite au péricarde et ne suturer que la peau et le plan musculaire.

Le liquide, qui va continuer à être sécrété par le péricarde pendant un certain temps après l'opération, pourra ainsi se diffuser dans les espaces préparicardique et souscutané ; il ne pourra, à nouveau, comprimer le cœur. M. Souligoux redoutait que cette diffusion d'une sérosité provenant d'un péricarde tuberculeux ne fût le point de départ d'une tuberculisation secondaire des espaces prépéricardiques. Rien de semblable ne s'est produit chez mes deux opérés ; l'un et l'autre ont guéri complètement et la guérison, chez celui qui avait subi la péricardotomie en 1911, se maintenait parfaite un an après l'opération. Par contre, l'histoire de mon deuxième malade montre le bénéfice qu'on est en droit d'attendre de la non-fermeture de l'incision du péricarde. Chez ce malade, en effet, la sécrétion du péricarde enflammé a été assez abondante pour se faire jour à travers la ligne de suture, pourtant très serrée, des plans superficiels et pour inonder littéralement le pansement le troisième jour après l'opération ; de l'œdème sous-cutané, preuve visible et tangible de la transsudation du liquide péricardique, apparaissait encore quinze jours après l'opération quand le malade se couchait sur le côté gauche. Que serait-il arrivé, si j'avais suturé le péricarde ? Il ne fait de doute pour moi que les accidents de compression cardiaque se seraient rapidement reproduits. Je crois donc que la non-fermeture de la plaie péricardique doit être la condition de la suppression du drainage.

Messieurs, j'ai terminé. Je résumerai, si vous le permettez, ma communication dans la phrase suivante :

Le traitement de choix et de la péricardite tuberculeuse à grand épanchement séreux ou séro-hématique est la péricardotomie, faite d'emblée, sans drainage, en laissant la brèche péricardique ouverte (1).

(1) *Soc. de Chir.*

L'Asthme et la Réfléxothérapie

Par M. le Docteur R. JAWORSKI

Je considère cette affection comme un exemple typique de réfléxopathie : la nature de cette maladie est très facile à comprendre grâce aux notions que nous avons acquises par la réfléxothérapie. La meilleure preuve de la justesse de nos conceptions, c'est la guérison complète par la méthode reflexe et avec de très fortes améliorations, presque toujours dès la première séance.

La caractéristique de cette maladie est d'abord de se manifester par accès. En général, presque toutes les maladies chroniques qui ont cette allure doivent être considérées également comme des réfléxopathies.

Je dis souvent, l'enfant n'a pas de convulsions toutes les fois que le ver remue. En effet, dans les phénomènes reflexes il faut toujours prendre en considération un élément d'accumulation et celui-ci se trouve toujours dans les maladies qui évoluent par accès.

Cette idée d'ailleurs est tellement juste qu'elle n'avait pu échapper tout-à-fait aux observateurs et aux cliniciens ; c'est ainsi qu'un peu partout et un peu aussi à tort et à travers à propos d'asthme on trouve le mot reflexe, mais le plus souvent comme une théorie faite juste pour être critiquée. Plus récemment, les auteurs ont circonscrit un peu les difficultés et timidement on a soupçonné un rapport entre la muqueuse nasale et le nez. La justesse de ces notions ne pouvait échapper à personne. Mais d'un autre côté personne ne voulait admettre ces notions car elles étaient tous les jours contredites par les faits les plus disparates.

Si effectivement on venait à observer la guérison instantanée d'une asthme ancien, par l'ablation d'un polype nasal, ce qui jus-

tifiait la théorie que l'on veut admettre, d'un autre côté la guérison d'un asthme aussi ancien d'une façon aussi rapide par le redressement d'un utérus en flexion ou le traitement d'une dyspepsie remettait tout en question, et déroutait les observateurs et leurs théories.

Au point de vue réfléxothérapique la question est bien simple, une énormité que l'on veut introduire en imitant ce qu'on fait pour les crises gastriques pour les tabétiques, nous permettra de parler avec des chiffres.

La *Revue des Hôpitaux* du mois de Mars 1913 cite, page 5, un travail de Neumayer dans lequel cet auteur propose de traiter l'asthme par la résection du nerf éthmoïdal antérieur au niveau du trou éthmoïdal et cette mutilation lui aurait donné trois succès sur cinq cas.

Il propose d'essayer avant d'opérer la réaction à la cocaïne.

Déjà en 1911 en parlant de mes travaux, le Docteur L. O. Romero disait : « La réfléxothérapie dans le tabès et dans d'autres maladies » (page 20) la localisation du point réfléxogène dans l'asthme est variable. La difficulté consiste à trouver le point irritatif car celui-ci trouvé on obtient toujours la guérison.

D'après mes observations, ce chiffre de 3 sur 5 peut être considéré comme la proportion juste comme fréquence de la localisation nasale du point réfléxogène de l'asthme.

D'une façon un peu moins générale que dans le tabès ou le point irritatif est presque toujours l'urètre, dans l'asthme c'est très souvent le nez, mais nous l'avons trouvé aussi dans le pharynx, l'estomac, l'utérus, l'urètre, la vessie, etc... etc...

Cette localisation variable qui avait dérouté jusqu'à présent les observateurs, grâce aux notions acquises par la réfléxothérapie, nous trace la route à suivre pour le traitement de cette affection et pose au premier plan le diagnostic c'est-à-dire la réfléxoscopie en même temps qu'elle nous donne une conception parfaite du mécanisme de l'asthme et nous permet d'en donner la définition suivante : L'asthme est une réfléxopathie essentielle, dont la caractéristique fondamentale est une grande variabilité dans la localisation des lésions réfléxogènes avec cependant une préférence pour les localisations nasales.

En outre, l'asthme n'est pas dû à la lésion réfléxogène elle-même, pas plus que le tabès d'ailleurs, mais à l'existence d'une irritation périphérique sur un terrain prédisposé et qui dans ce cas-là est nettement la diathèse neuro-arthritique, la lésion réfléxogène dans le nez elle-même varie aussi beaucoup et c'est encore une cause qui a dérouté les observations jusqu'à présent. Ainsi cette lésion irritative peut être constituée par un polype, comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire. Mais ce n'est pas le polype lui-même qui va provoquer l'asthme c'est sa localisation dans le nez, et tel petit polype en enflammant le point pulmonaire va causer un asthme très fort tandis que tel autre polype très gros ne deviendra gênant que par son volume. Dans ces conditions, on comprend que le même syndrome peut être produit par d'autres causes qui amèneraient les mêmes effets tel qu'un éperon irritant le point pulmonaire ou simplement une rhinite localisée en cet endroit.

Pour comprendre facilement le mécanisme de ces répercussions, on peut citer les observations de certains ulcères des jambes qui, indolores en général, sont la cause de très vives douleurs chez certains surmenés nerveux.

Dans l'asthme d'origine nasale, je n'ai jamais observé de grosses lésions mais au contraire des rhinites très légères parfois même des rhinites sèches accompagnent un asthme chez des personnes qui ne se mouchaient jamais.

Au contraire, les grosses lésions ne s'accompagnent presque jamais de manifestations reflexes c'est une loi connue en réfléxothérapie.

REVUE CLINIQUE

Méningite Cérébro-Spinale Paludéenne

Par MM. les Docteurs SOULIÉ et BUGEY

Le 16 septembre 1912, à 5 heures du soir, le nommé B. François, âgé de 33 ans, maréchal-ferrant au Gué de Constantine, entre à l'hôpital de Mustapha, salle Pasteur. Il est dans le coma ; sa température est élevée ; il a les membres raides et présente des vomissements fréquents. L'interne de garde pratique une ponction lombaire, recueille 30 centimètres cubes environ d'un liquide céphalo-rachidien louche, hypertendu.

A la visite du lendemain, nous trouvons le malade plongé dans le coma, ne répondant à aucune des questions qu'on lui adresse ; la fièvre est élevée, il a du Kernig, de la raideur de la nuque, de l'exagération des réflexes, de l'hyperesthésie ; ses papilles réagissent à la lumière ; pas de Babinski ni de trémulations épileptoïdes. Le foie est très volumineux ; son bord inférieur atteint l'ombilic ; la rate est également hypertrophiée et déborde de trois travers de doigts les fausses côtes. La langue est saburrale ; des vomissements se produisent fréquemment, surtout à la suite de l'ingestion des faibles quantités de liquides qu'on essaie de lui faire absorber ; il existe de la constipation.

L'auscultation des poumons et du cœur ne révèle rien d'anormal ; le pouls est régulier, plein, et bat à 72. Les urines sont rares, involontaires, non albumineuses.

Un examen du sang nous révèle la présence de nombreux croissants, et de quelques rares parasites endoglobulaires de la tierce maligne.

Le liquide céphalo-rachidien est manifestement hyperalbumineux ; il donne, en effet, un précipité abondant en présence de l'acide azotique et sous l'action de la chaleur. Le dépôt est constitué par de nombreux leucocytes, parmi lesquels les monucléaires et les polynucléaires sont sensiblement en proportions égales : il n'y a pas de microbes visibles.

En présence de ces constatations, nous administrons à ce malade 1 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine en injections hypodermiques.

La situation se maintient inchangée pendant toute la journée du 18 ; les vomissements persistent, ainsi que la constipation. Le traitement quinique est continué. Le soir, la température tombe à la normale.

Le 19, l'intelligence est revenue, ainsi que la sensibilité ; les questions posées reçoivent, avec un peu de lenteur, des réponses lucides. Cependant, la nuque est encore raide et le Kernig n'a pas encore disparu. Les vomissements surviennent à la suite de l'ingestion d'un aliment quelconque, mais non spontanément ; la constipation se maintient également. Troisième injection de quinine. Pas de fièvre.

Le 20, l'état s'est encore amélioré ; la nuque est moins raide, mais le signe de Kernig persiste, ainsi que les vomissements. Par intervalles, léger délire de paroles. Nous pratiquons une nouvelle ponction lombaire et nous retirons goutte à goutte 20 centimètres cubes de liquide dans lequel nous trouvons de nombreuses hématies, des croissants et une proportion de leucocytes plus forte que celle du sang circulant. Nous attribuons l'aspect hématique du liquide céphalo-rachidien retiré au cours de cette ponction à la blessure accidentelle d'un petit vaisseau. Mais l'abondance relative des leucocytes nous indique la persistance de la réaction inflammatoire des méninges.

Le 21, les vomissements ont disparu ; quelques aliments liquides sont absorbés et conservés ; la nuque présente encore un peu de raideur et le Kernig n'a pas encore complètement disparu.

L'amélioration se poursuit graduellement ; le 23, le malade peut se lever et faire le tour de son lit, prendre un lavement purgatif suivi d'un bon résultat. Nous constatons encore une ébauche du signe de Kernig. L'alimentation peut être augmentée de jour en jour ; le 24, il prend des aliments solides qu'il conserve et qu'il digère. Le malade se lève, circule, et l'examen ne révèle plus aucun signe méningitique.

Les croissants persistent dans le sang, une cure quinique prolongée est instituée, ainsi qu'un traitement reconstituant.

Lorsque l'intelligence est revenue, nous relevons le passé pathologique de B., ainsi que l'histoire de la maladie qui l'a conduit dans notre service.

S'il n'existe aucun antécédent héréditaire, le bilan est plus chargé sous le rapport des antécédents personnels. Nous signalons pour mémoire une blennorragie contractée à 15 ans et complètement guérie pour retenir l'éthylisme manifeste de notre malade, qui fume abondamment et introduit ainsi dans son organisme une nouvelle cause d'intoxication. Nous ne pouvons obtenir de réponse précise au sujet de l'infection palustre au cours des années précédentes ; nous apprenons que des accès de fièvre tierce francs sont survenus un mois avant l'entrée à l'hôpital, qu'ils ont persisté malgré l'usage de quelques doses de 0 gr. 50 et même de 1 gramme de quinine. Le 16 septembre, le jour même où on l'a porté à Alger, B... a eu un accès de fièvre le matin, si léger qu'il a pu vaquer à ses occupations comme d'habitude et déjeuner à midi de bon appétit. Après le repas, B..., se sentant très fatigué, se couche et perd presque aussitôt la notion de ce qui se passe autour de lui. En présence de la brusquerie et de la gravité des symptômes qu'il présente, sa femme fait appeler un médecin qui ordonne son transfert immédiat à l'hôpital.

Cette observation permet d'enregistrer une localisation rare de l'hématozoaire de Laveran ou de ses toxines sur les méninges. Elle s'est traduite ici par une inflammation véritable constatée cliniquement par le signe de Kernig, la raideur de la nuque, les vomissements, la constipation et, anatomiquement, par l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, sa teneur en albumine, sa leucocytose.

Notre malade a-t-il présenté « un état méningé », a-t-il réalisé une inflammation véritable des méninges ? Nous adoptons la seconde hypothèse, non pas tant à cause de la présence de l'hématozoaire retiré du liquide céphalo-rachidien, que de la nature et de l'intensité des phénomènes méningés.

Si chez un syphilitique atteint de troubles médullaires, la ponction lombaire ramenait un liquide réunissant des caractères semblables à celui de notre malade, hésiterait-on à conclure à une méningite, parce qu'on n'aurait pas constaté la présence du tréponème ?

La nature paludéenne de cette méningite est certifiée par la présence de l'hématozoaire dans le sang du malade, par l'action bienfaisante de la quinine et par la rapidité de la guérison.

Nous nous croyons donc fondés à joindre aux complications nerveuses du paludisme une complication localisée sur les méninges et à ajouter à la liste des accès pernicieux déjà classiques une forme nouvelle « l'accès pernicieux avec méningite cérébrospinale paludéenne » (1).

(1) Société de Médecine d'Alger.

REVUE DE PATHOLOGIE

Sur une levure pathogène

Par M. le Dr H. NIEVENGLOWSKI, de Krain (Tunisie)

Le Dr Bruch et le Dr Conor ont présenté à la Société de Pathologie exotique le premier cas de blastomycose humaine constaté en Tunisie. A la partie inférieure de la région occipitale gauche d'un enfant de trois mois, né de parents français, apparaît une petite élevure qui s'ulcère et ne guérit pas ; bientôt on constate la présence de nodules de la grosseur d'une noisette, donnant issue à une matière d'aspect caséeux. Malgré l'incision, la désinfection à la teinture d'iode et les pansements humides, aucune tendance à la cicatrisation ; de nouvelles tuméfactions se montrent au cou et plus profondément, au voisinage de la trachée et l'enfant meurt six mois après.

Là Dr Conor publie dans les *Archives de l'Institut Pasteur de Paris* les observations relatives à la biologie du parasite et à son action pathogène sur les animaux. Le parasite se présente sous l'aspect de globules analogues à ceux de la levure de bière, de diamètre variant entre 4 et 10 μ ; on ne rencontre jamais de mycélium. Ces éléments sont soit isolés le plus souvent, soit réunis par deux, plus rarement par trois. La vitalité de cette levure est très grande ; elle est repiquable aisément au bout de plusieurs mois, même après dessiccation. La reproduction se fait par bourgeonnement.

Comme toutes les levures, ce parasite se développe surtout en milieux sucrés et légèrement acides ; l'optimum thermique est aux environs de 37° ; à cette température, la levure pousse abondamment en vingt-quatre heures.

Pathogénie des Hernies épigastriques

Par M. le Docteur M. VILLARD

La hernie épigastrique, par ses caractères cliniques si particuliers, la disproportion qui existe entre les troubles qu'elle occasionne et son petit volume, a depuis longtemps attiré l'attention des chirurgiens et fait naître de nombreuses théories pathogéniques. Aucune des interprétations données n'est pleinement satisfaisante et il est évident que l'on ne peut admettre que les crises douloureuses que provoquent les hernies épigastriques sont dues au pincement des parois de l'intestin ou de l'estomac dans le sac herniaire, ou à la concomitance constante d'un ulcère ou d'une tumeur de l'estomac. On ne peut non plus ranger dans la classe des neurastbéniques tous les malades qui se plaignent de souffrir d'une hernie épigastrique et considérer comme imaginaire l'ensemble des phénomènes douloureux qu'ils accusent.

Je crois qu'il faut attribuer à un facteur anatomique très particulier l'allure clinique si spéciale des hernies sus-ombilicales de la ligne blanche.

Dans un cas que j'ai observé il y a une dizaine d'années, chez une jeune femme qui souffrait beaucoup d'une hernie épigastrique, j'avais été très frappé au cours de l'intervention de ne rencontrer qu'une espèce de lipome en bouton de chemise, ayant passé au travers de la ligne aponévrotique, sans aucun cul-de-sac péritonéal. J'avais réséqué ce lipome préherniaire et la guérison des douleurs avait été radicale. Je n'étais pas loin de penser que la guérison avait été surtout obtenue par l'impression psychique de l'intervention ; je suis convaincu actuellement que l'interprétation pathogénique que je vais vous donner explique parfaitement cette guérison.

Il y a deux ans, ayant à pratiquer une laparotomie sus-ombilicale chez un malade atteint d'une hernie épigastrique, je fis passer une incision un peu à gauche de celle-ci. En renversant la paroi je pus alors me rendre compte que le bord antérieur du foie était fortement descendu et attiré presque au contact de l'orifice externe de la bernie, bien que le péritoine fût à ce niveau à peine déprimé. Cette traction était exercée par le ligament rond du foie, qui était engagé au travers de l'aponévrose, et je pus m'assurer en incisant les tégnments an-devant de la hernie que celle-ci était uniquement constituée par la masse adipeuse du ligament. Les tractions faites avec une pince sur cette masse adipeuse entraînaient la partie du ligament rond visible par l'abdomen. Il n'y avait aucun doute, je me trouvais en présence d'une hernie de la ligne blanche constituée par le ligament adipeux du foie.

Depuis, j'ai vérifié toutes les hernies épigastriques que j'ai rencontrées et j'ai toujours trouvé que la hernie était formée par le passage au travers de la ligne blanche d'une partie plus ou moins grande du ligament rond du foie. Je vous présente une pièce que j'ai enlevée il y a quelques jours et vous pouvez voir l'exactitude absolue de cette disposition.

Je crois donc pouvoir formuler cette conclusion : *Les hernies épigastriques sont des hernies du ligament rond du foie au travers de la ligne blanche.*

Cette interprétation anatomique nous permet d'éclaircir bien des points obscurs de l'histoire clinique de la hernie épigastrique.

1° *L'intensité paradoxale des troubles* provoqués par cette lésion de minime importance : troubles digestifs, phénomènes douloureux, irradiations xyphoïdiennes et dorsales, etc. Ces phénomènes sont dus aux tiraillements bépatiques qu'exerce le ligament hernié. Celui-ci se comporte comme une véritable adhérence pathologique, et l'on connaît les troubles que les adhérences vésiculaires notamment ont coutume d'entraîner.

2° *L'inconstance d'un sac péritonéal.* Celui-ci n'est, en effet, qu'un accessoire de la hernie épigastrique. Comme il s'agit d'une hernie par glissement du ligament hépatique, la séreuse peut ne pas suivre celui-ci, ou le suivre très incomplètement. L'absence de tout sac qui ne pouvait se comprendre lorsqu'on admettait que les phénomènes douloureux étaient dus au pincement de la face antérieure de l'estomac s'explique au contraire très bien avec la pathogénie que j'admets, les douleurs n'étant que sous la dépendance des tractions exercées par le ligament rond.

3° *Les résultats heureux de la cure radicale.* Il était difficile de concevoir avec les anciennes théories comment les malades pouvaient bénéficier d'une cure de leur hernie, lorsque celle-ci était uniquement constituée par une masse adipeuse, sans sac, que l'on qualifiait de lipome préherniaire et l'on avait tendance, comme je l'ai fait, à mettre sur une heureuse influence psychique la guérison obtenue dans ces circonstances. Si l'on admet au contraire que le ligament rond est en cause, on conçoit très bien qu'après résection et libération de sa partie herniée et après fermeture de l'anneau aponévrotique les tractions exercées sur le foie cessent et que les accidents douloureux disparaissent.

4° *L'extrême fréquence des hernies de la ligne blanche sus-ombilicales comparées aux hernies sous-ombilicales.* Avec l'hypothèse de la bernie du ligament rond, il est rationnel d'admettre que ces bernies sont en grande partie d'origine congénitale. Les conditions embryologiques de fermeture de la partie sus-ombilicale de la paroi abdominale permettent en effet, de comprendre la facilité et la fréquence relative des hernies épigastriques comprenant le ligament rond. Les hernies sous-ombilicales médianes sont au contraire rares et d'une allure symptomatique toute différente.

Je dirai donc comme *conclusions* :

1° Les hernies épigastriques sont des hernies par glissement du ligament rond du foie ;

2° Cette pathogénie permet de comprendre l'ensemble des troubles paradoxaux déterminés par ces hernies et d'expliquer comment on peut les observer en dehors de l'existence de tout sac herniaire ;

3° Les hernies épigastriques sont le plus habituellement dues à une prédisposition congénitale. (1)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Un cas de Vomissements incoercibles de la grossesse traités par la transfusion directe de sang de femme enceinte

Par M. le Docteur VIANNAY
Chirurgien des hôpitaux.

Depuis deux ans, le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse est entré dans une nouvelle voie. La conception du vomissement gravidique, symptôme d'une intoxication propre à la femme enceinte, ainsi que la découverte dans le sang des femmes gravides, d'anticorps spéciaux, ont amené Le Lorier (1911) puis Fieux et Dantin (1912), à tenter la sérothérapie spécifique des vomissements graves, en injectant à la femme qui vomit, du sérum du sang d'une femme enceinte dont la grossesse suit un cours normal.

Le Lorier obtint un premier succès par l'injection de sérum de femme enceinte normale, arrivée près du terme. Fieux et Dantin apportèrent quelques mois plus tard, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, deux observations de vomissements gravidiques à allure toxique et incoercible, rapidement enrayés par l'emploi du sérum de femme enceinte des premiers mois.

A mon tour, m'inspirant de ces tentatives antérieures, tout en procédant différemment, j'ai, dans un cas de vomissements incoercibles de la grossesse, pratiqué la *transfusion directe* de sang d'une femme enceinte normale, à la femme enceinte qui vomissait. J'ai obtenu la guérison des vomissements ; malheureusement, la grossesse n'alla point jusqu'à terme et aboutit à un avortement spontané deux mois après la transfusion.

Malgré ce résultat incomplet, j'ai tenu à communiquer cette tentative intéressante à un double point de vue, puisqu'il s'agit : 1° d'un nouveau cas de sérothérapie spécifique des vomissements gravidiques ; 2° d'une application inédite, à ma connaissance, de la transfusion directe.

Observation. — Il s'agit d'une femme de 28 ans, mariée depuis cinq ans, dont les antécédents ne présentent rien de particulier : réglée à 13 ans, elle fut anémique aux environs de 18 ans.

Une première grossesse survint au bout d'un an de mariage ; dès le début de cette grossesse, apparurent des vomissements qui prirent bientôt le caractère de vomissements incoercibles, à tel point que la nécessité s'imposa d'interrompre la grossesse. M. Duchamp pratiqua l'avortement thérapeutique, en un temps, sous anesthésie ; la malade guérit rapidement.

Une deuxième grossesse survint à la fin de 1910, un an environ après la première. De nouveau apparurent des vomissements fréquents pour lesquels la malade entra dans mon service, à l'hôpital de Bellevue. Avant de me décider à interrompre la grossesse, je gardai cette femme en observation pendant un mois. Or, sous l'in-

(1) *Soc. des Sc. médic. de Lyon.*

fluence du changement d'air et de régime, et d'un traitement médical anodin, dont les injections de sérum artificiel firent le fonds, les vomissements cessèrent spontanément et la malade put rentrer chez elle. Dans le cours du sixième mois, une fausse couche se produisit, sans que les vomissements eussent reparu.

La troisième grossesse, au cours de laquelle je pratiquai la transfusion, survint à la fin de 1912.

Dernières règles le 17 novembre. Le 23 décembre, début des vomissements, qui deviennent de plus en plus fréquents.

La malade entre dans mon service le 15 janvier 1913 ; elle vomit jour et nuit, environ quinze fois par 24 heures. Elle dit avoir maigri beaucoup depuis un mois. Son teint est pâle ; le pouls n'est pas accéléré ; la température ne s'élève pas au-dessus de la normale.

Le 16 janvier, la malade pèse 52 kil. 250 grammes.

Je décide d'instituer le traitement sérothérapique, sous forme de transfusion directe de sang de femme enceinte.

Le *donor* fut une primipare de 25 ans (fille-mère) ayant tous les attributs extérieurs d'une robuste santé : examen pulmonaire négatif au point de vue tuberculose ; ni pleurésie, ni bronchite ; pas de cicatrices d'adénites cervicales ; interrogatoire et examen objectif négatifs au point de vue syphilis. On se borna à l'examen clinique, sans faire ni séro-diagnostic tuberculeux, ni réaction de Wasserman. La grossesse était au début du huitième mois.

Intervention le 17 *janvier* 1913, suivant la technique d'Elsberg, telle que l'ont décrite Guillot et Dehelly au Congrès français de chirurgie de 1912.

Les deux sujets le *donor* et le *récipient* étant couchés sur deux tables d'opérations distinctes placées l'une au long, l'autre en travers, la région antérieure de l'avant-bras gauche de l'une et la face antéro-interne de la jambe droite de l'autre, furent lavées à l'alcool et badigeonnées de teinture d'iode. Puis une injection anesthésique locale fut faite au devant de la malléole interne, dans l'étui aponévrotique de la veine saphène interne du *récipient* et à l'avant-bras, dans la gaine des vaisseaux radiaux du *donor*.

Après congélation de la peau au chlorure d'éthyle, je l'incisai et je découvris successivement la radiale du *donor* et la saphène du *récipient*. La pince de Crile ayant été appliquée sur la radiale, cette artère fut sectionnée, son bout inférieur lié et son bout supérieur adapté à la canule d'Elsberg.

Le bout central de la veine saphène fut alors fixé sur la canule, celle-ci fut ouverte et la pince de Crile, enlevée, on vit l'artère radiale se remettre à battre et le sang gonfler la veine saphène.

La transfusion dura exactement un quart d'heure ; je l'arrêtai quand le sujet *donor* commença à pâlir.

Dans la journée du 17, le sujet *récipient* n'eut aucun vomissement, mais il s'en produisit deux dans la nuit du 17 au 18. Dans la journée du 18, la malade vomit trois fois et présente un léger *ictère*. Du 19 au 21, les vomissements augmentèrent un peu de fréquence (jusqu'à sept dans la journée du 21) et la teinte subictérique des conjonctives persista.

Le 22 janvier, il n'y eut qu'un seul vomissement, qui fut le dernier.

A partir de ce jour, l'alimentation put être graduellement reprise ; l'ictère disparut rapidement.

Le 4 février, soit seize jours après la transfusion, la malade pesait 57 kilogrammes, ayant ainsi engraissé de près de 5 kilogrammes. Elle quitta peu après l'hôpital.

Ainsi que je l'appris par la suite, ce bon résultat ne se maintint pas. La grossesse se termina par une fausse couche, comme les précédentes.

La malade avait vomi de temps en temps : une ou deux fois par jour au maximum.

La grossesse du sujet *donor* ne fut nullement influencée et suivit son cours normal.

L'accouchement eut lieu à terme le 10 mars 1913, sans incident et les suites en furent normales ; cette femme quitta la Maternité à la fin de mars.

Il m'a paru intéressant de relater cette observation, parce qu'il s'agit là d'une tentative inédite. La transfusion directe de sang de femme enceinte deviendra-t-elle le traitement habituel des vomissements de la grossesse ? Nul ne peut le dire actuellement. Le sort de cette opération est lié à celui du traitement sérothérapique des vomissements gravidiques — méthode elle-même toute récente et sur laquelle il serait prématuré de vouloir porter dès maintenant un jugement définitif.

Si l'action de la méthode sérothérapique est bien due, conformément à la conception primitive d'où cette méthode est née, à la présence d'anticorps chorio-villeux dans le sang de la femme enceinte, cette médication sérothérapique vivra et la transfusion directe en sera un mode d'application intéressant.

La transfusion aura même, sur la simple injection de sérum de femme enceinte, une supériorité incontestable : celle de joindre à la thérapeutique sérothérapique, l'action tonique et revivifiante d'une greffe d'hématies vivantes.

La transfusion n'aura contre elle que sa technique délicate, évidemment plus compliquée que celle d'une injection de sérum, et aussi la difficulté un peu plus grande peut-être, de se procurer un *donor*. Mais s'il se confirme — ainsi que tendraient à le faire admettre de récentes observations de Fieux (1) — que les simples injections de sérum de cheval suffisent à arrêter les vomissements incoercibles, la méthode sérothérapique se trouvera profondément modifiée et la transfusion directe, pas plus d'ailleurs que l'injection de sérum de femme enceinte, n'auront de raison de subsister (2).

REVUE DE PHYSIOLOGIE

L'Agglutination des globules rouges est-elle l'une des causes déterminantes des accidents anaphylactiques?

Par MM. LANFRANCHI et Guido FINZI (de Parme)

Le phénomène d'agglutination des globules rouges n'est pas *in vivo* une réaction spécifique car il n'est pas l'expression constante d'une réaction des substances antagonistes (antigène et anticorps).

En effet, les lapins traités avec du sérum de cheval normal et des cobayes normaux traités avec du sérum normal de mouton, ont présenté des phénomènes très évidents d'agglutination des globules rouges qui étaient parfaitement identiques à ce que l'on observe chez des lapins traités avec du sérum du cheval antilapin et chez des cobayes traités avec du sérum hémolysant de mouton anticobaye.

L'agglutination des globules rouges *in vivo* est aussi une réaction pouvant survenir par l'introduction dans l'organisme d'albumines sériques hétérologues.

Dans les manifestations anaphylactiques consécutives à la réaction *in vivo* entre des sérums anti, interviennent constamment des phénomènes d'agglutination des globules rouges

De plus, d'après nos expériences, il est démontré que l'intensité et la gravité des phénomènes d'agglutination des globules rouges n'est pas en rapport avec celle des accidents anaphylactiques et que, par conséquent, l'hypothèse de Bordet et Gengou sur l'importance de l'agglutination des hématies dans les troubles respiratoires et circulatoires si évidents dans les manifestations d'anaphylaxie, ne saurait pas être complètement due à l'agglutination des globules rouges, car ce phénomène est aussi nettement évident chez des animaux qui ne présentent aucune réaction anaphylactique.

(1) Fieux : Le sérothérapie appliquée au traitement des vomissements graves de la gestation : *Journal de Medecine interne*, 10 février 1913.

(2) Soc. des sciences médic. de Saint-Etienne.

REVUE DE CHIRURGIE

De la Péricardiolyse dans certaines affections cardiaques ou de la Thoracectomie préparicardique

Par M. le Docteur H. DELAGÉNIÈRE

Membre correspondant national de l'Académie de médecine

Par péricardiolyse, j'entends une opération qui a pour but la libération du péricarde dans toute sa région antérieure. Il s'agit donc d'une libération du cœur aussi étendue que possible, agissant aussi bien sur les oreillettes et les gros vaisseaux de la base que sur les ventricules.

La cardiolyse consiste simplement à libérer la région ventriculaire en réséquant de 6 à 9 centimètres des 3e, 4e et 5e côtes.

Cette cardiolyse a été déjà exécutée 38 fois avec une mort par collapsus, 31 bons résultats et 6 insuccès.

Or, ces insuccès ont été observés chez des malades non seulement atteints d'adhérences péricardiques mais encore de lésions cardiaques variables. Il n'est pas étonnant que l'intervention n'ait donné aucun résultat puisqu'elle ne pouvait agir sur les vaisseaux de la base ni sur les oreillettes. Aussi devenait-il logique de chercher dans ces cas complexes à pratiquer une opération beaucoup plus importante : la péricardiolyse.

C'est cette opération que j'ai pratiquée chez une femme de 28 ans atteinte d'une affection cardiaque caractérisée par des palpitations, de la cyanose des extrémités, surtout des jambes dans la station debout avec pouls veineux vrai.

Elle était réduite à vivre constamment couchée et ne pouvait se livrer à aucun travail. L'opération a fait disparaître tous les troubles circulatoires, l'état général s'est amélioré grandement, de sorte que cette malade peut gagner sa vie comme femme de journée. Cet état satisfaisant se maintient depuis deux ans.

Les insuccès de la cardiolyse et l'histoire de cette malade semblent bien montrer que pour agir sur des lésions complexes du cœur et du péricarde il est nécessaire de faire une opération très large, libérant tout le péricarde. Mais cette opération a ses indications comme la cardiolyse doit conserver les siennes. En effet, la cardiolyse suffira pour les cas de symphyse du péricarde d'origine extra péricardique, tandis que la péricardiolyse sera indiquée dans les affections complexes : Symphyses péricardiques avec ou sans lésions valvulaires, certaines lésions valvulaires, affections du cœur droit, enfin toutes les lésions qui peuvent avoir une origine intra-péricardique, ou peut-être même endo-cardique.

Or, la clinique permet de distinguer ces deux variétés principales, ce qui met le chirurgien à même de pratiquer l'une ou l'autre de ces opérations.

La technique consiste à enlever le gril sterno-chondro-costal dans toute l'étendue qui répond à la projection du péricarde, puis à rabattre le lambeau sur le péricarde libéré.

A propos de la dilatation sans fin dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage

Par M. le Docteur L. SENCERT

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est un homme de 57 ans, M. S..., babitant Piedmont, qui, dans les premiers jours de juillet 1912, fut victime d'une brûlure de l'œsophage par liquide-caustique. Ayant demandé, dans nn café de Longuyon, un verre de vin blanc, il but gloutonnement un verre d'ammoniaque qu'on lui avait servi par erreur. Il présenta immédiatement tons les signes d'une brûlure grave de l'œsopbage ; douleur thoracique très intense, angoisse respiratoire, régurgitation et vomissements sanglants, le tout accompagné de schock traumatique très marqué. Transporté chez lui, le blessé reçut les soins du docteur Sypiorsky. Sous l'influence du repos et de la diète, les phénomènes alarmants du début s'atténuèrent peu à peu ; mais la douleur et la dysphagie persistèrent. C'est à peine si le blessé pouvait avaler quelques gouttes de lait ou même d'eau ; chaque tentative de déglutition provoquait des recrudescences de douleur. Devant les progrès rapides de l'amaigrissement et l'inanition menaçante, le docteur Sypiorsky m'adressa M. S..., une quinzaine de jours après l'accident.

Le blessé se présente à moi dans un état de maigreur extrême, le teint pâle, la voix cassée. Il me raconte qu'il n'a rien pris depuis deux jours et que le lait même ne passe plns. L'alimentation est devenue absolument impossible.

Le jour même de l'arrivée du blessé, je pratique une exploration œsophagoscopique. La partie supérieure de l'œsophage est indemne ; mais à 25 centimètres des arcades dentaires, je constate un gonflement œdémateux de la muqueuse œsophagienne, ulcérée et saignante. Je me garde bien, en présence de ces lésions, de faire le moindre essai de cathétérisme qui eût été inutile et très dangereux. Ayant fait prendre au malade deux lavements alimentaires le même jour, je pratique le lendemain, sons anesthésie rachidienne à la novocaïne, une gastrostomie.

Les suites de cette opération furent des plus simples. Au bout de dix jours, la fistule gastrique était parfaitement constituée et continente. Convaincu que les lésions œsopbagiennes étaient encore loin d'être guéries et qu'il serait extrêmement dangereux de commencer tout traitement intra-œsophagien, je renvoyai le blessé, lui recommandant de revenir à Nancy au bout de trois mois.

Le 28 octobre dernier, le malade revenait se présenter à moi. A ce moment il a repris des forces, l'amaigrissement s'est arrêté. L'alimentation se fait normale et abondante, par la fistule gastrique. Toutefois le blessé demande instamment à être traité, afin de pouvoir reprendre l'alimentation par les voies naturelles.

Le lendemain de son arrivée à Nancy, je pratique une nouvelle exploration œsophagoscopique. A 25 centimètres des arcades dentaires, je rencontre une diminution du calibre de l'œsophage ; l'œsophagoscope ne peut pénétrer plus loin ; la muqueuse œsophagienne, plissée longitudinalement et soulevée par des bandes cicatricielles dures, est immobile et rigide. A l'extrémité du tube endoscopique, la lumière œsophagienne se présente sous la forme d'un petit entonnoir dont on voit mal le fond, excentrique et masqué par des brides cicatricielles, dirigées en tous sens. On voit cependant encore sur la paroi gauche de cet entonnoir une ulcération fongueuse, trace d'une brûlure non encore guérie. Tout essai de cathétérisme dn rétrécissement se montre impossible ; les bougies les plus fines se recourbent dans le petit entonnoir fibreux, et font saigner les parties ulcérées. Je dois remettre an lendemain, un nouvel essai de cathétérisme.

Le lendemain, nouvel examen œsophagoscopique. Après quelques essais infructueux, j'ai la bonne fortune de découvrir au fond de l'entonnoir scléreux un petit pertuis excentrique dans lequel je puis engager nne bougie filiforme. Trop heureux d'avoir pu franchir un rétrécissement, qui apparaissait bien comme infranchissable, et convaincu que je pourrais recommencer une ou plusieurs tentatives de cathétérisme sans succès, je me gardai de retirer la bougie, que je laissai ainsi en place.

Me dirigeant alors vers la fistule gastrique, j'en pratiquai la dilatation immédiate progressive à l'aide de bougies de Hégar, jusqu'à ce qu'elle puisse admettre un tube œsopbagoscopique de 7 millimètres de diamètre. J'explorai alors, avec ce tube gastroscopique, la cavité de l'estomac. Cette exploration fut longue et difficile ; les replis de la muqueuse gastrique, le reflux du contenu de l'estomac venaient à chaque instant troubler le champ de la vision et ce n'est qu'après de longues et patientes recherches que je pus apercevoir l'orifice cardiaque, à travers lequel sortait l'extrémité inférieure de ma bougie œsopbagienne. Je saisis cette extrémité avec une pince à corps étrangers et l'attirai au dehors à travers le tube endoscopique, tandis qu'un aide maintenait au niveau de la bouche l'extrémité supérieure de la bougie, que je ne voulais pas entraîner trop loin. A l'extrémité gastrique, attirée au dehors, de la bougie, j'attachai un solide fil de soie long de 70 à 80 centimètres et je retirai par la bouche la bougie œsopbagienne qui remonta entraînant à sa suite le fil de soie. J'étais désormais en possession d'un fil conducteur sortant à la fois par la bouche et la fistule gastrique et traversant tout l'œsophage rétréci.

Le lendemain, j'attachai à l'extrémité gastrique du fil, un tube de caoutchouc très fin, mais solide, dont l'autre extrémité était à son tour munie d'un solide fil de soie. En tirant sur l'extrémité buccale du premier fil, je pus attirer le tube de caoutchouc dans l'œsophage. Le tube se tendit, diminuant ainsi d'épaisseur, s'insinua à la suite du fil à travers la filière œsophagienne, et quand il fut en place, je cessai de tirer sur le fil buccal. Le tube de caoutchouc revenait peu à peu sur lui-même, dilatant le rétrécissement. Je laissai ce tube en place pendant deux beures et le retirai. Le fil de soie dont son extrémité inférieure était pourvue vint prendre sa place dans l'œsophage. Le lendemain, je pouvais à la suite de ce fil placer dans le rétrécissement un tube de caoutchouc un peu plns gros que je laissai 3 heures en place. Chaque jour j'augmentai le calibre du tube et le durée de son séjour. Au bout du dixième jour, je pouvais attirer dans l'œsophage un tube de caoutchouc de la grosseur du petit doigt.

Je pratiquai alors une nouvelle exploration œsophagoscopique et je pus avec la plus grande facilité passer à travers le rétrécissement les bougies cylindro-coniques nos 20, 22, 23. Je continuai le lendemain et les jours suivants la dilatation du rétrécissement avec les bougies de Boncbard. Au bout de trois semaines l'œsophage admettait la bougie n° 35. Le fil conducteur fut enlevé et le malade commença de manger par les voies naturelles. Je le renvoyai alors à son médecin, qui continua la dilatation par les voies naturelles.

Le malade m'a écrit il y a quelques jours. Il mange de tout et sa fistule gastrique est fermée. Il subit une fois par semaine une séance de dilatation (1).

(1) Société de Médecine de Nancy.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

La Conduite à tenir dans le cas de procidence du cordon

La conduite à tenir varie suivant que le bassin est normal ou vicié, que la présentation est régulière on non, que la dilatation est complète ou non, que les membranes sont intactes on rompues. Elle se ramène en général à répondre anx deux indications suivantes : 1° soustraire le cordon à la compression ; 2° extraire l'enfant le plus rapidement possible. La réduction s'obtient manuellement ou à l'aide de procédés plus ou moins ingénieux et pratiques, parmi lesquels celui de Dudan est à recommander : il consiste à passer une anse de ruban autour du cordon prolabé, à pousser une extrémité de ce ruban dans l'œil d'une sonde molle et à l'y fixer au moyen d'un mandrin introduit dans la lumière de la sonde. On enfonce la sonde ainsi chargée du cordon dans l'intérieur de l'utérus, le plus baut possible, jusqu'à ce que tout l'anse soit au-dessus de la partie fœtale en présentation, puis on retire le mandrin, en laissant la sonde en place. La terminaison rapide de l'accouchement est réalisée par l'achèvement de la dilatation et par le forceps, ou la version, selon les cas, et même au prix d'une césarienne conservatrice.

REVUE DE PÉDIATRIE

Le Pronostic de la Tuberculose médicale chez le Nourrisson

Par le Docteur René CRUCHET (de Bordeaux)

Les auteurs sont d'accord pour considérer le pronostic de la tuberculose médicale comme très sévère chez le nourrisson. C'est encore ici la tendance à la généralisation de l'infection qui semble expliquer la gravité. On voit ainsi l'anémie et l'amaigrissement augmenter, les troubles respiratoires et digestifs, selon que les nns ou les autres ou les deux existent, devenir de plus en plus persistants. Et l'enfant meurt profondément cachectique dans les deux ou trois mois, et souvent moins, après que la maladie, faisant suite à un début incertain et sournois, est entrée dans la période d'état.

Cette fin peut être elle-même précipitée par des *complications* soudaines, parmi lesquelles il faut mentionner la méningite qui est presque, pourrait-on dire, la fin babituelle du nourrisson tuberculeux.

Peut-on conclure que la guérison de la bacillose chez le nourrisson est impossible ? Rien ne scrait plus inexact. Sans doute, certaines formes demeurent latentes toute la vie, après avoir débuté dans les premiers mois après la naissance : ce sont ces formes qui peuvent se réveiller à tout âge ou même se cicatriser définitivement. Mais d'autres formes résistent très longtemps, presque indéfiniment : telles les formes cutanées ou ganglionnaires (adénopathie trachéo-bronchique en particulier).

Enfin, il n'est pas douteux que certaines formes digestives, pulmonaires et même méningées peuvent guérir. Entre les rémissions prolongées qui peuvent durer plnsieurs années, même pour la méningite, et la guérison, il n'y a qu'une question de degré. Or, depuis 10 ans, les observations de rémission et aussi de guérison de méningite se sont multipliées au point qu'il est difficile aujourd'hni d'émettre des dontes sur leur existence.

En résumé, nous dirons que si la guérison de la tuberculose est possible cbez le nourrisson, elle est cependant proportionnellement moins fréquente que chez les enfants au delà de denx ans, et chez l'adulte. Et nous conclurons que la gravité de la tubercnlose est plus grande chez le nourrisson qu'à tout autre âge de la vie.

REVUE DE RADIUMTHÉRAPIE

Radiumthérapie de la Leucémie myéloïde

Par MM. les Docteurs L. RÉNON, DEGRAIS et L. DREYFUS

La radiumthérapie a une action immédiate très puissante sur la leucémie myéloïde, aux doses massives de 30 à 33 centigrammes de sulfate de radium appliquées pendant 24 heures sur la rate hypertrophiée. Après 3 où 4 applications, le volume de la rate redevient normal, le nombre des globules blancs tombe au taux physiologique, l'équilibre leucocytaire se rétablit et tous les signes généraux disparaissent; telle a été l'évolution observée chez cinq malades (dont trois, antérieurement, avaient été soumises aux rayons X).

Cependant, de nouvelles poussées leucocytaires, auxquelles ont succombé deux de nos malades, peuvent se manifester dans les 2 à 18 mois qui suivent la cessation du traitement; malgré la reprise de celui-ci, tardive, il est vrai, dans ces deux cas, l'effet leucopénique ne s'est plus manifesté soit par suite d'une insuffisance de doses, soit à cause d'une mise au point encore incomplète de la méthode.

L'action du radium semble analogue à celle des rayons X, mais, en raison de la différence possible de leurs effets physico-biologiques, il conviendrait peut-être de les alterner ou de les associer.

Très facilement utilisable chez les malades non transportables, capable d'arrêter pour un temps appréciable la marche de la leucémie myéloïde, la radiumthérapie mérite d'être utilisée dans le traitement de cette affection.

REVUE DE PHYSIOTHÉRAPIE

Le Dosage en cryothérapie locale

Par MM. BÉCLÈRE et HENRI BÉCLÈRE

En cryothérapie locale, c'est-à-dire dans le traitement de toute une série d'affections de la peau, par le froid employé comme agent de destruction locale, trois facteurs principaux entrent en jeu: la température plus ou moins basse de l'agent réfrigérant, la durée de l'application et le degré de la pression exercé sur la peau. Ce dernier facteur, très important, peut aujourd'hui être mesuré aussi exactement que les deux autres à l'aide du cryocautère à indicateur de pression imaginé par M. Henri Béclère. On pourra donc bientôt codifier pour ainsi dire, la cryothérapie locale et mettre ainsi cette précieuse méthode thérapeutique à la portée de tous les praticiens.

M. Béclère qui a étudié plus spécialement comme agent frigorifique, la neige d'acide carbonique dont la température est de 79° au-dessous de zéro, conseille de remplacer la neige carbonique solide par la neige carbonique en fusion dans l'alcool ou l'acétone et de badigeonner les surfaces congelées comme on badigeonne les brûlures récentes, avec une solution d'acide picrique pour prévenir la vésication, la rupture de l'épiderme et les complications qui pourraient en résulter.

REVUE D'HYGIÈNE

Mortalité dans les petits logements

Par M. EMILE CACHEUX

La mortalité dans les logements d'une pièce, habités par 3 à 4 personnes en moyenne, est de 63 pour 1.000; par contre, dans les logements de trois pièces, habités par 1 à 4 personnes, le taux des décès n'est que de 8 pour 1.000, tandis que la mortalité moyenne dans la ville est de 19 pour 1.000.

A Mannheim, la mortalité par tuberculose, qui est une maladie du logement, est de 5,8 dans les logements d'une pièce, et de 1,4 dans les logements de trois pièces.

Les risques de l'entassement suivent le sens vertical; on trouve que la mortalité à Berlin était, en 1860, de 21 pour 1.000 au premier étage, de 23 au troisième et 28 pour 1.000 dans le dernier étage. Le taux de la mortalité a été réduit par suite de la fourniture d'eau potable et l'établissement d'égout; elle n'est plus que de 18, 19 et 21 pour 1.000.

Si l'on considère la mortalité en tenant compte du nombre d'habitants par hectare, on voit qu'à Berlin, où, pour la même surface il y a deux fois plus d'habitants qu'à Londres, la mortalité générale y est d'un tiers plus élevée et que celle par tuberculose dépasse de moitié celle de Londres. Comme à Berlin toutes les règles de l'hygiène sont observées au point de vue de la fourniture d'eau potable, de l'évacuation des eaux ménagères, de la propreté des rues, etc., on peut attribuer l'augmentation de la mortalité à la densité de la population. Il existe également une grande différence de mortalité entre les anciens quartiers d'une ville et les nouveaux, les grandes villes, les villages et les cités-jardins. Lorsque les logements sont chers, la nourriture des habitants s'en ressent, et, par suite, l'état de santé.

REVUE DES INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les Cessions des Clientèles médicales

Peut-on céder une clientèle de médecin? Oui et non?

Si malencontreusement les parties, dans l'acte de cession, ont écrit que l'objet cédé était une clientèle, ce n'est pas valable, les tribunaux décidant que le client n'est pas une marchandise, mais un être raisonnant qui n'est client de son médecin qu'en raison de la confiance qu'il a dans cet homme de l'art. Si au contraire on s'est servi d'autres mots, le contrat est parfaitement valable. Le médecin peut céder ses objets mobiliers, ses instruments, ses notes et observations médicales, il peut même, s'il a une clinique, céder le nom sous lequel elle est connue et surtout il peut prendre des engagements, ce quien droit se nomme: Obligation de faire ou de ne pas faire. Il peut en effet s'engager à présenter son successeur à sa clientèle en s'efforçant de la faire accepter et peut également s'engager à ne plus exercer son art dans un périmètre déterminé.

En résumé, tout se réduit à une question de mots et il serait peut-être préférable que la jurisprudence soit plus nette et ne s'abrite pas derrière des formules plus ou moins bien rédigées, puisque au fond la question est toujours la même.

Un médecin de Lyon avait vendu à un autre: le mobilier garnissant son cabinet de consultations, son salon, la suite de son bail, l'autorisation de garder le nom du cabinet et les plaques à la porte et il s'interdisait de fonder un cabinet nouveau ou d'exercer dans le département du Rhône tant que son successeur exercerait.

Des difficultés ayant surgi entre le vendeur et l'acheteur, le vendeur ouvrit un autre cabinet, contrairement au contrat. Procès. Le vendeur plaidait la nullité de ses engagements comme constituant en réalité la vente d'un cabinet médical sous une forme plus ou moins détournée.

Le 8 décembre 1911, le Tribunal de Lyon repoussait cette défense et validait la vente en ces termes:

« Attendu, en droit, que la convention par laquelle un médecin cède son cabinet et s'engage à ne pas exercer sa profession dans un rayon déterminé comporte uniquement des obligations de donner, de faire ou de ne pas faire, qu'elle n'est ni prohibée par la loi, ni contraire aux bonnes mœurs ou à l'ordre public, qu'elle est par suite licite et obligatoire. »

Le Tribunal, en raison de cette théorie, nomma un expert pour rechercher le quantum du préjudice, mais dès le jugement, ordonna la fermeture du cabinet médical ouvert par le vendeur.

La Cour de Lyon depuis a confirmé cette décision conforme d'ailleurs à la jurisprudence.

CARNET DU PRATICIEN

Rachitisme de la seconde enfance

1° Surveiller soigneusement le régime alimentaire. Donner une alimentation proportionnée aux capacités digestives du sujet, à son âge et à son poids; éviter les aliments indigestes, ceux riches en acide lactique, en sels de potasse; recommander ceux riches en chaux et en phosphate. Proscrire les sucreries, les fruits acides, les charcuteries, le bouillon de viande et le vin. Usage modéré des pommes de terre et des légumes secs.

2° Eviter la fatigue. Ne point laisser l'enfant debout trop longtemps. Recommander le repos en plein air et au soleil.

3° Séjour à la mer d'an moins 1 à 2 mois par an. Au-dessus de 3 ans, faire prendre des bains de lame de 2 à 5 minutes de durée et si ceux-ci sont mal supportés, donner des bains de mer chaud.

A défaut de bains de mer on comme complément, cure annuelle en une station d'eaux chlorurées sodiques fortes.

4° Dans l'intervalle de ces cures marines ou minérales, donner par semaine trois bains à 35° additionnés de 500 à 1.000 grammes de sel par bain.

Au sortir du bain, friction avec un gant de flanelle imbibé du liniment suivant:

Alcoolat de lavande	60 grammes
Alcoolat de romarin	60 —
Baume de Fioraventi	80 —

5° Pendant les mois d'hiver, d'octobre à mai, prescrire 4 pilules de Globéol par jour.

On peut donner, en outre, de l'huile de foie de morue.

A l'huile de foie de morue, on peut incorporer de l'huile phosphorée, suivant la formule:

Huile phosphorée du Codex à 1 p. 100	1 gramme
Huile de foie de morue	200 —

Une à deux cuillerées à café le matin à jeun, soit un quart à un demi-milligramme de phosphore; continuer quinze jours, puis donner durant les quinze jours suivants de l'huile de foie de morue simple et continuer ainsi en alternant chaque quinzaine.

6° Donner une préparation phosphatée calcique. On formulera:

Hypophosphite de chaux	5 grammes
Hypophosphite de soude	5 —
Sirop de fleurs d'oranger	50 —
Eau distillée	450 —

Une cuillerée à dessert avant les deux principaux repas pour un enfant de 4 à 6 ans; une cuillerée à soupe pour un enfant plus âgé; à prendre 3 semaines par mois; les dix derniers jours du mois, remplacer par la préparation suivante:

Arséniate de soude	0 gr. 02
Phosphate de soude	10 —
Sirop iodo-tannique du Codex	300 —

Une cuillerée à dessert avant les deux principaux repas pour un enfant de 4 à 6 ans et une cuillerée à soupe pour un enfant plus âgé.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant: G. ZANTE.


Rajeunit les Artères
Urodonal
Dissout l'Acide Urique

VARIÉTÉS

Où vont les Thèses des Candidats ?

Un article du règlement de la Faculté de Médecine de Paris stipule que MM. les candidats doivent déposer à la Faculté 185 exemplaires imprimés de leur thèse.

Les étudiants ne se préoccupent généralement pas de ce dépôt, qu'ils laissent au soin de l'éditeur de la thèse et la plupart d'entre eux ne se sont jamais demandé ce que devenaient ces 185 exemplaires.

L'arrêté portant règlement du service des thèses date du 24 juillet 1882.

Les deux premiers articles en sont ainsi conçus :

« Article Premier. — Les aspirants au doctorat ou à tout autre grade ou titre pour l'obtention duquel la soutenance d'une thèse est exigée sont tenus d'en déposer un certain nombre d'exemplaires au Secrétariat de la Faculté ou école devant laquelle la thèse devra être soutenue.

Ce nombre sera annuellement déterminé par arrêté ministériel pour chaque faculté ou école.

Art. 2. — Les exemplaires, dont le dépôt par le candidat est obligatoire, sont destinés à pourvoir aux besoins de différents services, savoir :

1° Service de l'Administration ;
2° Service de l'Enseignement et de la Faculté ;
3° Echanges avec les Facultés françaises ;
4° Echanges avec les Universités étrangères ;
5° Concessions diverses ;
6° Réserve et exemplaires à la disposition du doyen ou directeur.

Le chiffre des exemplaires affectés à chacun de ces services est déterminé par le ministre ».

. . . .

Cet arrêté est accompagné d'un « tableau de répartition des thèses » qui, depuis trente ans, a subi quelques modifications, et qui est, à ce jour, exactement ainsi établi en ce qui concerne la *Faculté de Médecine de Paris* (1).

Tableau de répartition des thèses. — 1° Service de l'Administration (2 exemplaires). — Ministère de l'Instruction publique = 2.

2° Service de l'Enseignement et de la Faculté (96 exemplaires). — Personnel de la Faculté = 80 (38 professeurs, 42 agrégés en exercice).

Pour les juges de la soutenance (deux exemplaires à chacun des quatre juges) = 8.

Secrétaire = 1.
Bibliothèque de la Faculté = 4.
Bibliothèque de l'Université (Paris) = 1.
Commission des prix de thèses = 2.

3° Service des échanges avec les Facultés françaises (7 exemplaires). — Alger, Bordeaux, Lille, Lyon, Montpellier, Nancy et Toulouse.

4° Service des échanges avec les Universités étrangères (42 exemplaires). — *Allemagne* : 21 (Berlin, Bonn, Breslau, Erlanger, Fribourg-en-Brisgau, Giessen, Gœttingen, Greifswald, Halle, Heidelberg, Iéna, Kiel, Kœnigsberg, Leipzig, Marbourg, Munich, Munster, Rostock, Strasbourg, Tubingen et Wurzbourg).

Suisse : 6 (Bâle, Berne, Fribourg, Genève, Lausanne et Zurich).
Belgique : 3 (Bruxelles, Gand et Liège).
Hollande : (3 Groningue, Leyde et Utrecht).
Suède : 2 (Lund et Upsal).
Angleterre : 1 (Oxford).
Danemark : 1 (Copenhague).
Italie : 1 (Florence).
Russie : 1 (Dorpat).
Etats-Unis d'Amérique : 3 (Baltimore, Boston (Université Harvard) et New-York).

5° Concessions diverses (36 exemplaires). — Ecoles secondaires de médecine = 15 (Marseille, Nantes et Rennes, écoles de plein exercice ; Amiens Angers, Besançon, Caen, Clermont, Dijon, Grenoble, Limoges, Poitiers, Reims et Tours, écoles préparatoires).

Ecole de santé navale = 4 (Bordeaux, Brest, Rochefort et Toulon).
Ecole de santé militaire de Lyon.
Ecole d'application du Val-de-Grâce.
Académie nationale de médecine.
Conseil de santé de l'armée.
Bibliothèque nationale.
Faculté libre de Médecine de Lille.
Association générale des étudiants.
Bruxelles (bibliothèque royale).
Washington.
Rio de Janeiro.
Buenos-Ayres.
Saint-Pétersbourg (bibliothèque impériale de médecine).
Beyrouth.
Montréal (Mac Gill).
British médical London.
Montréal Québec (Université Laval).
Collège of physicians.

6° Réserve et exemplaires a la disposition du Doyen (2 exemplaires, dont 1 pour les archives).

Ch. Darras.

(1) Le chiffre des exemplaires exigibles varie sensiblement entre les facultés. Le plus élevé est celui de la Faculté de Médecine de Paris. Cette différence provient uniquement du nombre des membres du personnel enseignant, plus élevé à Paris que partout ailleurs.

ÉCHOS

L'alcool et les générations futures

Sur la demande du Gouvernement allemand, une Commission de savants vient d'établir, après enquête, des échelles comparatives, montrant les différences observées entres les descendants d'alcooliques et de ceux de buveurs modérés.

Faisant porter leurs observations sur dix familles de chaque classe, les savants allemands ont découvert que, pour les enfants d'alcooliques, la proportion des morts durant le mois qui suit la naissance est de 43.8 0/0, tandis qu'elle n'est que de 8,2 0/0 pour les enfants de buveurs modérés. Les idiots viennent ensuite à raison de 10,5 0/0 chez les alcooliques. On n'en a pas observé un seul dans les familles des tempérants.

Les épileptiques sont de 8.7 0/0 chez les alcooliques à 0 chez les autres ; 8,7 0/0 doivent encore à l'alcool de naître nains. Pas de nains chez les modérés.

Enfin, le développement normal de l'intelligence se dénombre par 17,5 pour les enfants d'alcooliques et 81,9 pour ceux dont les ascendants n'ont pas abusé de la dive bouteille. Après une pareille énumération, il est superflu d'insister sur les ravages qu'aura causé l'alcool dans quelques années parmi les peuples qui en abusent.

L'âge des parents et le caractère des enfants

Un travail a été présenté au Congrès de l'Eugénique à Londres, par un directeur d'asile d'aliénés, portant sur les relations pouvant exister entre la nature des enfants et l'âge qu'avaient les parents à la naissance de ces derniers.

En rapprochant le caractère de nombreux sujets, sains, aliénés et criminels, de l'âge qu'avaient leurs parents quand ils leur donnèrent naissance, on trouve que les attentats à la propriété sont le plus souvent le fait d'enfants à parents jeunes. Les attentats contre la personne, assassinats, homicides, témoignant de la sensibilité la moins developpée, et ceux qui sont dus, plus ou moins, aux obsessions de persécutions, sont au contraire le fait d'enfants de parents âgés ainsi que les aliénés, les idiots moraux et les dégénérés.

Dans les écoles, on pourrait discerner l'âge des parents suivant le caractère des enfants. Les enfants de parents jeunes présentent le maximum de bonne conduite et d'intelligence. Ceux de parents d'âge moyen ont le maximum de bonne conduite et de proportion d'intelligence et ceux qui ont des parents âgés ont moins de conduite et beaucoup moins d'intelligence que les enfants de parents d'âge moyen. Avis aux parents, qu'ils se marient jeunes !

Le monopole de l'alcool comme base du budget russe

Les revenus du monopole de l'alcool constituent une des bases essentielles du budget russe. Ces revenus augmentent d'une année à l'antre. Ainsi, de 1904 à 1907, le revenu brut du monopole s'élevait à 640 millions de roubles et, pour la période 1908-12, il atteint 747 millions.

Dans le budget préliminaire pour l'année 1913, qui s'élève a 3.169 millions de roubles, les revenus des monopoles de l'alcool figurent pour 800 millions de roubles. L'accroissement de ce revenu est dû à deux causes : 1° L'accroissement de la consommation de l'alcool par le peuple ; 2° la hausse du prix de vente par le Gouvernement. En ce qui concerne la consommation de l'alcool, elle était pendant la période de 1904-1907, de 0.595 « vedro » par tête d'habitant ; pour la période 1908-12, elle s'est élevée à 0.599 « vedro ». (Le vedro vaut 12.29 litres.)

D'autre part, le revenu de l'Etat par vedro croît systématiquement, Ainsi, en 1908, le prix du vedro était de 7 roubles ; il fut porté d'abord à 8, et actuellement il est de 8 roubles 40 cop., tandis que le prix payé par l'Etat aux fabriques d'alcool s'élève à 78 cop., par vedro seulement. Ceci explique le bénéfice que le Gouvernement retire de ce monopole.

L'artério-sclérose est-elle une maladie nouvelle ?

Il n'est pas toujours facile d'examiner, le système artériel des momies. Les viscères, le cœur, l'aorte et les gros vaisseaux étaient généralement enlevés par les embaumeurs. Mais il y avait déjà des saboteurs, des embaumeurs qui lâchaient leur besogne et ne la faisaient qu'en apparence et de façon incomplète. Il est resté grâce à eux des vaisseaux importants qu'on a pu examiner au microscope, et cet examen a montré que l'artério-sclérose existait en Egypte au temps des Pharaons. Sur 24 momies, 6 en effet n'ont présenté aucune lésion artérielle, 5 n'en ont présenté que de légères et 13 en offraient d'importantes, consistant surtout en une calcification plus ou moins diffuse.

Il n'y a nulle incertitude sur la nature des lésions, elle est évidente, et les préparations microscopiques de certaines artères vieilles de 3.500 ans sont identiques à celles des artères des artério-scléreux morts d'hier. L'artério-sclérose existait donc chez les Egyptiens et les causes du mal étaient sans doute, il y a 3.500 ans, les mêmes qu'aujourd'hui.

Les origines de Gustave Flaubert.

Un vétérinaire de Villenauxe-la-Grande (Aube), M. Reibel, vient d'établir les origines de Gustave Flaubert.

D'après lui, Flaubert est Champenois, sa famille serait originaire de Bagneux (Marne) et c'était, les vieillards s'en souviennent, une famille de vétérinaires et de médecins. Aux xvii et xviiie siècles les Flaubert étaient célèbres dans la contrée.

Le premier dont on trouve la trace est Michel Flaubert, né à Bagneux au xiie siècle. Celui-ci eut un fils Constant, né également à Bagneux ; il était maréchal expert. Constant Flaubert éleva trois fils qui furent artistes vétérinaires. Leurs descendants se consacrèrent à la même profession. Peu à peu, la famille Flaubert s'éleva et se déplaça.

Ainsi nous rencontrons Nicolas Flaubert, né à Saint-Just en 1754 ; il vint s'établir à Nogent-sur-Seine et mourut pendant l'invasion de 1814, le 17 mai, des suites des mauvais traitements que lui firent subir les Prussiens.

Nicolas Flaubert eut un fils, Achille-Cléophas Flaubert, né à Maizières-la-Grande-Paroisse en 1784, reçu docteur en médecine, Achille Flaubert devint chirurgien en chef de l'hôpital de Rouen.

C'est de lui que naquit en 1820, à Rouen, Gustave Flaubert, l'immortel auteur de *Madame Bovary*.

Le dernier recensement des Indiens aux Etats-Unis.

On ne comptait plus, sur le territoire des Etats-Unis, que 300.930 indiens, lors du dernier recensement. La mortalité est énorme chez ces descendants de la vieille race autochtone ; elle se chiffre par un taux de 35 pour 1.000, contre 15 pour 1.000, chez les autres habitants de l'Amérique du Nord. La tuberculose fait des ravages énormes, parmi eux. D'autre part, environ 70.0/0 des enfants indiens qui fréquentent les écoles publiques sont affectés du trachome.

Augmentation de fréquence de la diphtérie en Prusse.

D'après une statistique, de source officielle, le nombre des cas de diphtérie qui ont fait l'objet d'une déclaration officielle a passé de 54.848, en 1902, à 83.821 en 1910, et à 96.839 en 1911. Au cours de ce même espace de temps le nombre des décès par diphtérie, dans le royaume de Prusse est descendu de 14,175 à 9.683. Dans la seule ville de Berlin, le nombre des décès par diphtérie est au contraire allé en s'élevant de 239 à 695.

84e Année (Série XIIIe) — N° 205 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 2 Juillet 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 2 Juillet 1913

ÉCHOS

Nos amis.

Dans la liste des membres du Jury international à l'Exposition universelle et internationale de Gand, nous sommes heureux de relever les noms d'un certain nombre d'amis de la *Gazette médicale de Paris*, MM. les docteurs Renon, Fillassier, Bensnier, Mencières, Grunberg, à qui nous adressons nos vives félicitations.

Le Divorce des Aliénés.

Dans sa séance du 27 juin, le Conseil municipal de Paris, sur la proposition de M. Georges Flant, a souscrit douze exemplaires de l'intéressant ouvrage *Le Divorce des Aliénés* de notre Directeur, M. le docteur Lucien Graux.

Les nouveaux médecins des hôpitaux.

A la suite du concours qui vient de se terminer, ont été nommés médecins des hôpitaux de Paris, MM. Courcoux, Boidin, Lortat-Jacob, Louste, Trémolières et Vincent.

Création de laboratoire.

Il est créé à l'Ecole pratique des hautes études, sous la dénomination d'*Institut d'hydrologie et de climatologie*, quatre laboratoires savoir

I. — Laboratoire de physique hydrologique (annexe du laboratoire de médecine du Collège de France ; directeur, M. d'Arsonval) ; II. Laboratoire d'hygiène hydrologique (annexe du laboratoire d'hygiène générale au Collège de France ; directeur, M. Bordas) ;

III. Laboratoire de recherches analytiques hydrologiques (annexe du laboratoire de chimie analytique à la Sorbonne ; directeur, M. Urbain) ;

IV. Laboratoire de chimie physique (annexe du laboratoire de pharmacie clinique à l'Ecole supérieure de pharmacie ; directeur, M. Moureu.)

Cet institut aura son siège au Collège de France

— Le laboratoire de thérapeutique hydrologique dirigé par M. le docteur Albert Robin, 21, rue du Cherche-Midi, est rattaché à l'Institut d'hydrologie et de climatologie, créé à l'Ecole pratique des hautes études.

LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT chez les femmes Indoues

D'après le législateur, la femme indone n'a le droit de concevoir qu'à certaines époques de l'année, de manière à éviter tont accouchement à l'époque d'avril-mai, qui est celle des plus grandes chaleurs. La grossesse est considérée comme durant dix mois, mais dix mois lunaires, soit 275 jours, ce qui est conforme à l'observation courante. Par contre, les médecins indiens pensent qu'on ne perçoit les mouvements actifs du fœtus que vers le 7e mois.

Au cours de la grossesse, la femme absorbe divers laxatifs et toniques et, en particulier, elle ne manque jamais, le 5e ou le 7e mois au plus tard, de prendre le matin à jeun du hézoard délayé dans du lait frais, pendant cinq jours de suite. On sait que le hézoard consiste en des concrétions pierreuses, à faible odeur d'ambre ou de musc, qu'on trouve dans l'estomac et dans l'intestin des ruminants. Les Indiens considèrent ce produit comme un eutocique, un tonique des fibres musculaires de l'utérus en même temps qu'un préventif de toutes sortes de maladies de la peau chez l'enfant.

Les relations conjngales sont suspendnes à partir du 7e mois de la grossesse et même la femme retourne à ce moment habiter la maison de ses parents, où il est d'usage qu'elle fasse ses premières couches. On a grand soin d'éviter à la femme enceinte toutes les émotions et tous les spectacles désagréables ; par contre, on la laisse satisfaire toutes ses envies alimentaires, dans la crainte que l'enfant n'ait plus tard une otorrhée purulente.

L'accouchement se fait dans la position accroupie, la parturiente prenant point d'appui pour ponsser sur une corde fixée au toit. L'expulsion de l'enfant est d'ailleurs très facile, ce qui tient tant au faible volume de celui-ci, car il ne pèse pas, en général, plus de 2.000 à 2.500 grammes, qu'aux exercices corporels que prennent les femmes pendant la gestation.

Le procédé employé pour diagnostiquer la vie du fœtus ne manque pas d'originalité : il consiste à frotter une épaisse couche de heurre sur le has-ventre de la mère ! si le beurre fond rapidement, on en conclut que le fœtus est vivant. C'est assurément heaucoup moins parfait que l'auscultation, mais les accoucheurs hindous ne pratiquent pas ce mode d'investigation !

En ce pays, comme partout, les bonnes femmes ont des recettes médicales à proposer. Aussi les médicaments eutociques employés communément sont-ils nombreux ; citons seulement : de la fleur de safran dans une feuille de bétel noir et du crâne de chien porphyrisé mélangé à de l'huile de ricin pour former une pâte. On emploie aussi, comme agent externe, une peau de serpent attachée sur le ventre.

Ce n'est que lorsque ces pratiques, aidées des manœuvres des matrones, ne parviennent pas à terminer l'accouchement, qu'on se décide à faire appel à un médecin, lequel doit faire son diagnostic en tâtant le pouls de la parturiente.

Après la délivrance, on pratique un grand lavage des organes génitaux externes. Ce précepte est même exagéré dans le Bengale, car, aussitôt après la délivrance, la mère et le nouveau-né vont prendre un grand bain dans le Gange.

De suite après l'accouchement, il est d'usage d'administrer à l'accouchée une certaine quantité de fleurs de safran dans une feuille de bétel noir, puis de l'eau-de-vie. Après l'avoir nettoyée et changée, on l'étend sur une natte en jonc posée par terre, qui constitue la literie, et on « purifie avec de la bouse de vache » l'endroit où a eu lieu la délivrance ; c'est en effet à ce moyen bizarre que recourent les Indiens dans l'hygiène de leurs habitations. Puis on brûle de la myrrhe et de l'encens auprès de la nouvelle accouchée.

Pendant le postpartum, on ne fait pas, après le premier lavage, de toilette des organes génitaux, jusqu'au 9e ou 11e jour, moment où l'on donne un hain.

Le Contrôle du Lait aux Etats-Unis

Chez nous, le contrôle dn lait se fait par l'analyse chimique et ce que l'on surveille surtout c'est la composition du lait mis en vente. Ce moyen de protection de la santé publique paraît assez médiocre, puisqu'ou sait bien aujourd'hui qu'un lait est surtout dangereux par les microbes qu'il peut véhiculer.

Aux Etats-Unis, il en va tout autrement, car on y inspecte beancoup moius le lait que les fermes qui le produisent.

Si la ferme est mal tenue, si les locaux sont insuffisants et mal aérés, si l'eau employée est contaminée, si les vaches sont mal soignées, mal nourries et surtout malades, si les garçons laitiers sout malpropres, si le lait parvient au consommateur chargé de microbes, l'autorisation de vendre du lait en ville est retirée au fermier.

Le point de départ des enquêtes faites dans les fermes est la numératiou des microbes du lait mis en veute. Lorsque le service d'inspection prélève chez un commerçant de la ville, ou à l'arrivée en gare, un lait dont la teneur eu microbes dépasse la moyenne, il s'informe de la ferme qui l'a produit, et, après l'avoir inspectée, il lui fait retirer, s'il y a lieu, l'autorisatiou de vendre.

Cet inspecteur a d'ailleurs une mission d'éducateur hygiéniste précieuse; car il doit donner au laitier défaillant les conseils qui lui permettront de produire un lait moins chargé eu bactéries et d'obtenir à nouveau son permis.

Tuberculose et suggestion

Dans un service d'hôpital, admirablement dirigé par un chef de service dout vous trouverez facilement le nom sur la liste des Evangélistes, rapporte notre excellent confrère, le docteur Helme, tout se passe le mieux du monde. Chaque malade reçoit les soins auxquels il a droit ; et les tuberculeux, en particulier, sont l'ohjet d'une attention spéciale.

Un matin, le chef eutre radieux, dans ses salles. « Victoire ! crie-t-il. J'attends de mon ami, le professeur Schindler, de Berliu, un sérum merveilleux coutre la tuberculose. Il va arriver dans quelques jours et vous m'eu direz des nouvelles. ».

Le lendemain et les jours suivants, les infortunés tuberculeux, qui ont appris la chose, interrogeut des yeux le chef au passage : — Patientez ! leur dit-il, nous allons avoir un remède qui vous guérira tous en rieu de temps. Je ne vous dis que cela ! — Enfin, après une attente fiévreuse, les ampoules de sérum arrivent et les injectious commencent. Ah ! il avait hien raisou le maître et, décidément, le sérum du professeur Schindler est extraordinaire ! Les malades pesés, leurs déjections analysées, leurs appétits coutrôlés, leurs forces mesurées, tout démoutre que les moribouds de la veille marcheut gaillardemeut vers la helle amélioration. Ils y marcheut si hien que les tuberculeux des services voisins viennent à leur tour réclamer la drogue miraculeuse. Mais, estimant que l'expérieuce a assez duré, le chef de service réunit ses élèves dans une salle hieu close et leur fait l'aveu que le sérum mirifique n'était autre chose qu'un bon sérum isotonique de proveuance parisienne. Ce qui a fait merveille c'est la suggestion. — toujours le *quid divinum* — et non la drogue elle-même. Eu thérapeutique surtout, la façon de donner vaut souvent mieux que ce qu'on doune.

A la façon de Molière

Emprunté à un récent roman-feuilleton cette funeste description de l'état pathologique d'une infortunée dame :

« La sous-préfète avait déhuté par l'anorexie et elle était tombée de leucocythémie eu azoturie. Elle préseutait de graves symptômes de tachycardie et de rachialgie ; progressivement s'accentuaieut l'ostéomalacie et la pyobémie. La malheureuse s'acheminait d'hyposystolie en adéuopathie, de streptococcie eu amyotrophie et, par conséquent, de syringomyélie eu cessation de la vie. »

Il y a vraiment là de quoi frémir surtout si l'ou songe aux affections que la malheureuse n'aurait manqué d'avoir si son mari avait eu la simple chance d'être promu à une préfecture.

Les Origines de la Théorie microbienne

D'après notre confrère *Lancet* (de Loudres), c'est à un médecin anglais vivant au XVIIIe siècle et nommé Beujamiu Martin que doit revenir le mérite d'avoir le premier posé les hases de la théorie microbienne.

En 1720, en effet, Benjamiu Martin publiait à Londres nn onvrage intitulé : *A new Theory of the Consumption*, où il soutenait que la tuberculose est causée par des êtres microscopiques, des *animalcula*. Bien plus, il attrihuait à des êtres analogues la propagation de la lèpre et autres maladies contagieuses.

D'après l'analyse que donne *Lancet* de ce livre oublié, l'auteur ne se coutentait pas d'émettre une hypothèse, il donnait des explications que la science d'aujourd'hui ne désavouerait pas.

A ceux qui objectaient que certains hommes échappent à la contagiou tandis que d'autres y succombent, Martin répondait que cette immunité pouvait être due à deux causes : soit que les microbes ingérés — ou, pour parler comme lui, les *animalcula* — fussent eu trop petit nombre ou trop faibles pour déterminer la maladie, soit qu'ils ue trouvassent point dans ces sujets réfractaires un milieu favorable à leur développement.

Il est difficile d'admettre que, avec les instruments usités en son temps, le médecin anglais ait pu voir les microbes dout il devinait si hieu l'existence : il n'eu mérite pas moins d'être tenu pour le prophète et le doyen de la bactériologie.

TRAITEMENT DES HYDROCÈLES PAR LA PONCTION FORMOLÉE

Par M. le Dr MORESTIN
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

La cure des hydrocèles par les injections modificatrices n'est plus guère à la mode. Non pas que l'on méconnaisse les longs services qu'ont rendus jadis les procédés non sanglants. Mais l'ouverture large de la vaginale a pris le pas sur l'antique méthode de l'évacuation au trocart. Ces opérations à ciel ouvert dépourvues de gravité donnent un résultat presque toujours satisfaisant et le terme de cure radicale dont on se sert communément pour les désigner n'est pas un vain mot, car elles procurent à peu près à coup sûr la guérison définitive, du moins quand on pratique le retournement de la tunique vaginale ou la résection assez étendue de la membrane séreuse.

En faveur de l'acte opératoire ainsi compris, on peut faire valoir non seulement sa facilité, sa bénignité et son efficacité à peu près constante, mais encore l'occasion qu'il procure de constater *de visu* l'état de la paroi vaginale, de l'épididyme et du testicule; la possibilité de traiter directement les lésions parfois révélées par cet examen, tuberculose plus ou moins manifeste de l'épididyme, lésions chroniques de la vaginale, kystes sous-épididymaires, etc.

Tout cela est juste et je ne songe en aucune façon à faire son procès à l'intervention chirurgicale que, pendant bien des années j'ai considérée comme le traitement régulier des diverses variétés d'hydrocèle, de toutes les hydrocèles. Assurément, rien ne peut remplacer l'opération sanglante quand il s'agit de vaginalite chronique avec épaississement faisant présager une évolution prochaine vers l'hématocèle; et, de même, dans toutes les hydrocèles complexes, soit qu'elles s'accompagnent de lésions de la glande génitale, soit qu'elles coïncident avec des kystes de l'épididyme ou du cordon, soit qu'elles présentent une disposition en bissac ou diverticulaire, qu'elles soient en communication avec le péritoine ou s'accompagnent de hernies.

Toutes les hydrocèles congénitales, toutes les hydrocèles compliquées, toutes les hydrocèles dont le contenu n'est pas absolument transparent, toutes celles dont la fluctuation n'est pas facile à mettre en évidence, toutes celles qui sont douloureuses, toutes celles qui présentent un symptôme ou un caractère irrégulier quelconque commandent l'ouverture directe qui permettra de juger cette irrégularité, d'en établir la cause et d'y porter plus sûrement remède. Mais enfin, si nous laissons de côté tous ces cas, il est encore un très grand nombre d'hydrocèles dites essentielles dont l'évolution est très simple et tout à fait indolente, dont la paroi reste mince, le contenu translucide.

Pour celles-là, la cure sanglante constitue assurément un bon traitement, mais ne s'impose pas absolument. L'ouverture de la vaginale en pareil cas ne révèle pour ainsi dire jamais de lésions appréciables macroscopiquement. La paroi de la poche est mince et lisse, son contenu citrin et l'exploration, en somme, ne fournit aucune constatation utile, aucune indication spéciale de traitement. Ces cas, il faut bien le dire, sont la majorité.

Il a toujours été entendu que le chirurgien, dans de telles circonstances, conservait la liberté absolue de revenir aux anciennes méthodes modificatrices dont la ponction iodée est le prototype. Au moment où il s'agissait d'introduire dans la thérapeutique les divers procédés de cure sanglante, l'on a beaucoup insisté sur les insuccès de l'injection iodée, les douleurs qu'elle provoque, la lenteur avec laquelle elle procure la guérison quand cette guérison survient et même sur ces dangers.

A regarder les choses de près, on peut aujourd'hui reconnaître que de tous les griefs accumulés contre la ponction iodée, il n'en est aucun qui n'ait été formulé avec quelque partialité, ayant été produit au moment où toute la chirurgie se transformait pour devenir résolument opératoire et où toutes les vieilles pratiques étaient comprises dans la même réprobation.

Aujourd'hui que la cure radicale de l'hydrocèle ne peut plus passer pour un acte opératoire brillant ni délicat, que ces opérations, devenues très banales, ont épuisé tout l'intérêt qu'elles pouvaient tirer de leur nouveauté, il est bien permis de reconnaître qu'elles sont en réalité beaucoup moins simples que n'était le traitement par les injections modificatrices, qu'elles n'abrègent pas beaucoup la durée du traitement et que le vieux système, peut-être, avait du bon, surtout s'il était appliqué aux cas appropriés et selon une bonne technique. Qu'au surplus, ces injections modificatrices, applicables en tous lieux, à peu de frais, pouvaient réussir entre toutes les mains et constituer, pour le praticien isolé et le malade pauvre vivant loin de la ville, une ressource infiniment précieuse.

Le principal reproche que l'on puisse adresser à l'injection iodée, celle-ci ayant fait aujourd'hui oublier toutes les autres injections modificatrices, c'est l'incertitude du résultat qu'elle peut fournir. Il est également vrai qu'elle entraîne une réaction douloureuse souvent pénible.

Eh bien, je pense que l'injection d'une préparation formolée peut apporter dans la cure non sanglante des modifications avantageuses en simplifiant encore le manuel opératoire et en rendant les résultats beaucoup plus certains, d'ailleurs, au prix de souffrances moindres.

Déjà, j'ai eu l'occasion d'attirer sur ce point l'attention de la Société de Chirurgie en présentant un malade qui avait été traité de cette façon le 4 décembre 1912. A ce moment, j'avais eu déjà l'occasion d'appliquer ce procédé à plusieurs malades. Mais, expérimentant avec prudence et cherchant un peu à tâtons les doses maniables, je n'en avais pas obtenu encore tout ce qu'on en pouvait espérer. Mon opinion est aujourd'hui mieux assise et la méthode me paraît extrêmement recommandable, au moins dans les cas simples, qui sont heureusement de beaucoup les plus nombreux.

Voici comment on peut procéder à l'opération : Nous supposons une hydrocèle vulgaire unilatérale de moyen volume à parois souples, uniformément minces, et à liquide complètement translucide.

Le sujet est couché sur le dos et l'on applique sur le scrotum une légère couche de teinture d'iode au niveau du point où l'on veut ponctionner. Il n'est aucun besoin d'anesthésie, ni générale, ni locale; il n'est pas davantage nécessaire de supprimer l'appareil pileux pubo-scrotal.

La tumeur étant soulevée d'une main, j'enfonce à sa partie supérieure l'aiguille d'une seringue de Pravaz.

Cette aiguille, enfoncée dans sa totalité, je m'assure de sa mobilité dans l'intérieur de la poche.

Un peu au-dessous, j'enfonce vivement un trocart, le vulgaire trocart à hydrocèle, et j'évacue le liquide dans sa presque totalité. Quand la poche est à peu près complètement vidée, le trocart est retiré et, par l'aiguille de Pravaz, j'injecte 2, 3, ou même 4 centimètres cubes d'un mélange à parties égales de formol, de glycérine et d'alcool. La petite aiguille est immédiatement retirée; quelques malaxations sont exercées sur le scrotum pour que le liquide abandonné se répande dans tous les recoins de la vaginale.

C'est là toute l'opération : aucun pansement n'est nécessaire; aucun bandage; le malade reste au lit s'il le désire et se lève quand il lui plaît. Je crois complètement inutile de le condamner au repos.

L'injection est très peu douloureuse, et cela est assez remarquable, car en injections interstitielles, le même mélange provoque toujours une souffrance très vive, quoique fort brève.

La réaction consécutive est également très peu douloureuse; souvent même, elle ne l'est pas du tout; elle est néanmoins considérable et apparaît déjà au bout de quelques heures : les scrotum gonfle considérablement; il devient œdémateux, mais il n'offre guère la coloration inflammatoire, rougeâtre que l'on observe après l'injection iodée.

Au bout de deux ou trois jours, la tuméfaction est à son maximum; l'on peut palper la région sans faire souffrir notablement le malade. La plupart du temps, il peut se lever sans éprouver autre chose qu'une sensation de gêne et de pesanteur. L'état général n'offre aucune modification, et le sujet n'est privé ni d'appétit ni de sommeil. Au bout de trois ou quatre jours commence la régression, qui se fait avec rapidité et s'achève au bout de trois, quatre ou cinq semaines.

Bien avant ce terme, le malade a pu reprendre sa vie normale et recommencer à travailler. Telle est la marche habituelle des choses.

Jusqu'à présent, je n'ai eu à enregistrer ni accident, ni incident, ni complication d'aucune sorte.

J'ai eu à regretter au début quelques insuccès, qui tenaient simplement à ce que la quantité de liquide injecté était trop faible par suite de l'incertitude où je me trouvais au sujet de son action. Peu à peu, je me suis enhardi, encouragé par l'innocuité complète de cette pratique à l'égard du scrotum, du testicule et de l'épididyme.

En somme, il faut utiliser une dose relativement forte après avoir évacué la presque totalité du liquide.

Il me paraît bon néanmoins d'en laisser une faible quantité pour faciliter la diffusion du formol et empêcher son action d'être trop caustique.

Une telle manière de faire offre réellement de grands avantages puisqu'il suffit, pour mener à bien l'opération, de disposer d'une seringue de Pravaz et d'un petit trocart.

Nous le répétons, il n'est besoin d'aucune anesthésie, ni générale, ni locale; il n'est pas nécessaire d'avoir un aide quelconque. Pour tout préparatif, il suffit d'un petit flacon contenant quelques centimètres cubes du mélange formolé.

Les soins consécutifs n'exigent qu'une surveillance des plus aisées, puisqu'il n'y a aucun pansement à faire, défaire ou refaire, et puisque le malade n'est pas même astreint à garder le lit.

Il ne paraît pas que l'on ait jusqu'ici jamais pu simplifier à ce point la cure de l'hydrocèle, la durée totale de l'intervention variant de une à deux minutes et le malade étant ensuite à peu près complètement abandonné à lui-même.

Nous osons dire que cette extrême simplification constitue un grand mérite pour une opération applicable à une maladie très commune, qui peut être ainsi traitée par le praticien le moins préparé à la chirurgie, dans un endroit quelconque, dans la plus humble chaumière, et que c'est un avantage non moins précieux pour les services encombrés où l'hospitalisation doit être réduite au minimum.

Le malade lui-même ne peut qu'apprécier à sa mesure un traitement qui n'exige nulle anesthésie, qui interrompt à peine son activité, et peut être exécuté avec un minimum de dépense et de dérangement.

D'autant plus que cette simplification dans le manuel opératoire ne fait nullement tort à l'efficacité de la méthode. Bien au contraire, celle-ci nous apparaît des plus puissantes et susceptibles de procurer la guérison d'une façon très habituelle sinon constante.

Supposons d'ailleurs que l'opération soit suivie d'insuccès ; qu'aura perdu le malade ? A peine quelques jours d'interruption dans sa vie normale. Sa situation locale n'aura subi aucune aggravation ; il sera toujours en état, après cet échec, de se résigner à l'opération sanglante, la thérapeutique antérieure n'ayant créé à celle-ci aucune condition désavantageuse.

Il n'y a pas lieu d'ailleurs, de mettre en opposition formelle, la cure radicale sanglante et la cure radicale par le formol que nous proposons. Nous avons deux méthodes ; il faut les garder toutes deux.

La cure formolée ne saurait se substituer entièrement à la cure sanglante ; comme nous le disons plus haut, dans beaucoup de circonstances, il serait tout à fait inopportun de renoncer aux avantages si précieux qu'offre le contrôle visuel et, d'autre part, certains cas exigent des dissections minutieuses, des manœuvres délicates que rien ne peut remplacer.

Tout le groupe complexe des hydrocèles congénitales, toutes les hydrocèles anormales et presque toutes les hydrocèles symptomatiques restent hors de cette méthode.

Mais, dans les hydrocèles communes, simples et essentielles, elle mérite assurément d'être prise en considération, et nous serions surpris qu'après en avoir fait l'essai, on se refusât à l'adopter. (1)

LES RÈGLES A SUIVRE
en Chirurgie de Guerre

Par M. le Docteur LUCAS-CHAMPIONNIÈRE,
Chirurgien honoraire des hopitaux, membre de l'Institut.

On ne peut accepter comme une doctrine que l'abstention soit la condition fondamentale de toute chirurgie des blessures d'armes à feu. Il est seulement vrai qu'il ne faut pas abuser d'une intervention hative, et qu'il est sage de mettre les plaies à l'abri des explorations hatives et indiscrètes. A cet égard, le pansement individuel a rendu de réels services en prévenant des pansements malpropres et des lavages inutiles.

Il y a certaines plaies pour lesquelles l'abstention est commandée. Telles sont les plaies de poitrine, dont les conditions ne diffèrent pas sensiblement de celles que nous observons dans la chirurgie civile, pour lesquelles nous avons toujours affirmé que l'abstention doit être la règle, tout en n'affirmant pas que ces sortes de plaies soient fatalement bénignes.

(1) Soc. de chirurgie.

Pour les plaies d'abdomen, malgré la proposition de M. Pozzi, il faut s'abstenir absolument de toute intervention. Les conditions de la guerre font que la méthode d'intervention, déjà souvent insuffisante en chirurgie civile, devient tellement meurtrière en chirurgie militaire qu'il vaut mieux laisser au sujet les chances même peu marquées de la guérison spontanée.

Mais, ces faits mis à part, l'intervention la plus prompte possible est de mise dans la plupart des cas. Elle est tout particulièrement commandée lorsque les projectiles déformés ont fait des trajets considérables ou, comme les projectiles des schrapnels, ont introduit des fragments de vêtements ou d'armement et déterminé des plaies larges destinées à une infection rapide.

Il est certain que dans tous ces cas une intervention prompte est souhaitable, mais à la condition qu'elle soit antiseptique. La chirurgie aseptique est destinée, en chirurgie de guerre, à une faillite complète. *Celle-ci sera antiseptique ou elle ne sera pas.* Tout lavage, même à l'eau stérilisée, est destiné à infecter. Aussi voyons-nous la plupart des observateurs très louangers des applications immédiates de teinture d'iode. Ceux qui ont su employer d'autres antiseptiques ont bien montré que, très puissante et très utile, elle avait des inconvénients que n'avait pas par exemple l'acide phénique. Il serait à souhaiter que l'on comprît que le retour vers une chirurgie antiseptique bien avertie, employant non seulement la teinture d'iode mais bon nombre d'antiseptiques puissants, est une nécessité urgente d'où dépendra la vie de nombreux blessés et la conservation de bien des membres dont l'infection septicémique est fatale avec les habitudes chirurgicales actuelles.

Malheureusement, la difficulté du secours rapide est extrême. C'est une raison de plus d'employer le plus promptement possible des moyens antiseptiques puissants qui, en nombre de cas, emhaumeront les plaies pendant plusieurs jours, de façon à les défendre de la menace d'infection pendant les transports d'évacuation.

Il y a là une indication capitale montrant, une fois de plus, que la chirurgie de guerre est sensiblement différente de celle de nos hôpitaux urbains, qu'il faut la protéger, l'encourager et l'enrichir, et qu'il est sage d'en apprendre les conditions très particulières si l'on veut attendre tous les secours utiles auxquels les blessés ont droit.

Enfin, il est bon de noter que, pour tous, l'absence d'habitudes alcooliques crée des conditions de guérison particulièrement favorables...

ÉTAT ACTUEL
DE LA
Pharmacologie du Radium

Le radium venait à peine d'être découvert, dit M. Jaboin, quand nous avons commencé l'étude de sa pharmacologie. On ne connaissait pas ses applications, on ne savait pas le manier, aussi avions-nous un champ d'études très vaste et inexploré.

Au début de nos travaux, la radioactivité des eaux minérales, qui venait d'être étudiée par Curie et Laborde, guidait notre espoir d'arriver à des résultats tangibles. Ces savants avaient découvert la propriété radioactive des eaux minérales, qui, fugitive, se perdait ensuite par l'éloignement du griffon. Il était naturel d'attribuer une grande partie de l'efficacité de ces eaux à cette nouvelle propriété.

Les travaux si remarquables de M. Ch. Moureu sur les gaz rares furent également une des causes qui nous poussèrent à étudier la pharmacologie du radium.

Aujourd'hui, il est admis que de nombreuses eaux minérales doivent une partie de leurs vertus thérapeutiques à l'émanation de radium dont elles se sont chargées par leur passage sur des couches radifères. On est allé plus loin : on a pu faire une comparaison intéressante au point de vue du classement des sources thermales. Quand on connaît pour une station, la teneur en émanation de chacune de ses sources avec leur débit moyen, il est facile de calculer — quoique d'une façon encore imprécise — la quantité de radium produisant l'émanation véhiculée qui se trouve disséminée dans le sous-sol de la station. Cependant, l'imprécision est encore augmentée du fait suivant : si les terrains sont proches de l'émergence, la radioactivité est considérable et il y a peu de gaz rares ; si les couches radifères sont lointaines, la charge en émanation est faible, mais on trouve, au contraire, une quantité considérable de gaz rares. En effet, l'émanation de radium donne naissance à de nouveaux composés dont de l'Hélium.

Sans s'en rendre compte, on utilisait le radium, ou plutôt les propriétés radioactives, depuis fort longtemps déjà. On se servait d'*emanatoria* naturels. Le principe de ces salles d'inhalation existait déjà dans les stations thermales françaises.

La pharmacologie du radium peut utiliser : 1° l'*émanation* ; 2° le *radium lui-même sous différentes formes* ; 3° le *radium associé à différents produits en vue de déterminer les propriétés radioactives.* L'emploi des autres *substances radioactives* se rattache à cette question.

Utilisation de l'émanation. — Dès 1905, mais surtout en 1906, nous avons utilisé l'émanation mélangée à des gaz contenus dans des ballons de caoutchouc. Des inhalations étaient pratiquées au moyen de deux soupapes permettant l'entrée ou la sortie des gaz.

En 1907, nous avions construit un *emanatorium* de circonstance en plaçant dans la chambre d'un malade un petit appareil susceptible de fournir constamment de l'émanation de radium.

Pour utiliser l'émanation, il suffit de faire passer un courant d'un gaz quelconque, air, oxygène, etc., sur une substance radioactive contenant un poids connu de radium ; ce gaz se charge d'émanation au contact du radium et se disperse ensuite dans l'atmosphère ambiant. Il est utile au moyen d'un appareil de mesure, comme l'a fait M. Danne, de déterminer exactement la quantité d'émanation produite et celle contenue dans la pièce où l'expérience a lieu.

Emploi exclusif du radium comme médicament. — Le radium employé seul agit plus particulièrement par son émanation.

Ingestions. — Le premier mode d'utilisation du radium est de le dissoudre dans l'eau en faisant des solutions soigneusement titrées.

C'est ainsi que nous avons conservé indéfiniment la radioactivité aux eaux minérales. Le mot « conservation » est employée à dessein, car l'eau minérale en expérience, fut traitée à la source même, alors qu'elle n'avait pas perdu sa radioactivité naturelle. On ajoute à l'eau une quantité calculée de radium susceptible de dégager, *à l'équilibre*, une quantité d'émanation égale à la radioactivité initiale de la source. Ainsi, au fur et à mesure que l'émanation de radium, contenue naturellement dans l'eau se détruit,

nait celle provenant du radium en présence, ce qui établit une compensation.

En 1907, nous avions étendu l'emploi des *gouttes titrées* à l'effet de rendre radifères tous les liquides destinés à être absorbés en boisson et plus particulièrement l'eau, ordinaire ou minérale.

Injections. — Ce sont les injections radifères qui ont été les plus utilisées.

Radium soluble. — MM. Wickham et Degrais employèrent les eaux radifères en 1906. Le procédé de préparation consiste à diluer à un titre voulu une solution concentrée de radium dans du sérum isotonique.

Ces solutions supportent l'autoclave, mais si elles ne sont pas en vase scellé, elles perdent évidemment, sous l'influence de la chaleur, l'émanation qui ne se reconstitue qu'au bout de quelques jours.

Radium insoluble. — Mais, en raison de la valeur du radium, il convient d'éviter son élimination trop rapide. On a donc employé les injections insolubles au moyen desquelles on fixe le radium dans l'organisme. Ainsi, les particules de ce métal sont disséminées dans le corps humain et chacune d'elles peut émettre à son tour du rayonnement et de l'émanation.

Au Dr Dominici est due l'idée de se servir des sels insolubles de radium. Le sel de radium que nous employons pour cette préparation est du bromure de radium pur ($Ra\ Br^2\ H^2O$), bien défini et exempt de baryum, que l'on précipite à l'état de sulfate dans une solution isotonique. Cette préparation est à peu près incolore, presque limpide, car les doses de radium qu'elle renferme sont si petites et les particules si ténues qu'elles ne sont guère perceptibles à notre vision normale. Ce n'est donc pas simplement du sel de radium mélangé à un liquide quelconque. Il est absolument neutre, ce qui évite toute douleur. Il ne faut donc pas comparer ce radium insoluble injectable aux magmas de sels divers, plus ou moins radifères, mélanges de toutes sortes de produits, en particulier de baryum, qui peuvent souvent offrir quelque danger, ces impuretés étant parfois susceptibles d'entraîner des embolies.

Cette suspension injectable laisse déposer lentement le sel de radium, le long de la paroi du vase qui la contient. On ne s'en aperçoit pas *a priori*, mais si l'on injecte cette solution, sans avoir pris au préalable la précaution d'agiter le flacon, on constate que la majeure partie du radium est restée sur la paroi du vase. Cette observation est très importante et le préparateur doit s'attacher à la signaler au médecin.

Ionisation. — Il y a quelques mois, MM. Haret, Danne et nous-même, avons publié à l'Académie des Sciences le moyen d'introduire du radium dans l'économie au moyen du courant électrique.

Il suffit pour cela de préparer une solution de radium avec de l'eau distillée exempte de toute impureté. Puis avec cette solution, on imbibe l'électrode positive, plaçant l'électrode négative au voisinage de la région à traiter. On fait passer un *courant de 1/4 de milliampère par cc. d'électrode active* pendant 30 minutes : on constate que le radium entre dans les muscles voisins et pénètre à une profondeur de plusieurs centimètres.

PRODUITS RADIOACTIFS. — *Influence de l'émanation.* — Nous avons vu comment on peut utiliser l'émanation en pharmacologie. On peut soumettre beaucoup de produits et de médicaments à l'influence de l'émanation c'est la *radioactivité induite.*

Si l'on veut charger un produit d'émanation, il suffit de la laisser se dégager en sa présence, dans un vase clos, pendant plusieurs jours. On peut condenser cette émanation dans l'air liquide et la mettre ensuite en présence des produits à radioactiver. Il est évident que le produit chargé de radioactivité induite obéit à la loi exponentielle de Curie, si bien que cette radioactivité baisse de moitié en quatre jours et qu'au bout de vingt-cinq jours elle devient nulle. C'est là un grave défaut, si bien que, pratiquement, les eaux simplement chargées d'émanation doivent être rejetées de la pharmacologie habituelle, car on s'expose à ne donner que des produits incertains, souvent même absolument sans efficacité.

Radioactivité rationnelle par addition de radium. — Il vaut donc mieux, en pharmacologie, radioactiver les produits par addition de radium.

Quand on ajoute une petite quantité de sels de radium à certains produits, ce n'est pas cette faible dose de radium qui est le principal élément c'est plutôt l'émanation résultante qui est efficace.

Ainsi, on peut radioactiver les ferments pour obtenir une action catalytique que nous avons déjà constatée dans plusieurs expériences que nous publierons ultérieurement. On peut aussi l'ajouter à de nombreux médicaments qui jouissent dès lors de propriétés spéciales.

Boues radioactives. — A cette série de médicaments peuvent se rattacher *les boues radioactives.* Généralement, on désigne sous ce nom des résidus de certains minerais ayant servi à la préparation du radium.

Très souvent ces boues, non seulement contiennent du radium (la quantité d'environ un milligramme à la tonne nous paraît très raisonnable) ; mais encore elles renferment d'autres substances radioactives, telle que l'actinium, si bien qu'on les désigne parfois sous le nom de *boues radioactives actinifères.*

Ces boues se présentent souvent sous la forme d'une pâte rougeâtre quand elles contiennent de l'eau. On s'en sert pour constituer des *bains radioactifs* ou encore pour faire des *applications directes.*

SUBSTANCES RADIOACTIVES. — On fait également des produits avec du *mésothorium* et du *radiothorium.* Ces produits sont moins chers que le radium, mais ils perdent leur radioactivité assez rapidement, en quelques années, par rapport au radium qui conserve cette propriété pendant plusieurs milliers d'années.

Ils sont employés parfois en falsification de produits au radium.

LE DOSAGE DU RADIUM EN PHARMACOLOGIE DOIT SE FAIRE EN POIDS DE RADIUM. — Au Congrès de Dijon, nous avons déjà insisté sur la nécessité d'exiger le dosage en poids de radium. N'oublions pas que la teneur en radium donne forcément celle en émanation : un milligramme de radium donne à l'équilibre un *millicurie* d'émanation, ou, en *une minute*, un milligramme-minute de cette émanation. Le *curie* est la quantité d'émanation produite quand l'équilibre radioactif est établi, c'est-à-dire quand une quantité quelconque de radium donne son maximum d'émanation.

Nous avons imaginé, pour déterminer nos poids, d'employer le *microgramme*, qui est le millième du milligramme ou le millionième du gramme.

On ne doit pas employer les mesures ambiguës ou problématiques, comme on le fait en Allemagne, variant souvent, comme le *volt*, avec la capacité électrique de l'appareil. De même, l'emploi de l'unité *mache*, qui est la *chute de tension produite dans un temps connu par un condensateur de capacité connue*, doit être aussi rejeté comme extrêmement compliqué et peu pratique. Ces unités ont un seul avantage pour ceux qui les emploient : c'est d'utiliser des chiffres très élevés. On en jugera quand on saura qu'un milligramme-minute qui peut être produit par environ 1/10 de microgramme au bout de vingt-cinq jours, équivaut à 7.000 volts, et, d'après M. Danne, à 312,8 unités mache.

Il faut donc déterminer un médicament radioactif en évaluant sa teneur en poids de radium, soit en *curie* et *milligramme-minute* d'émanation.

CARACTÈRES DES MÉDICAMENTS RADIFÈRES. RECHERCHE DU RADIUM. — Les médicaments radifères sont toujours caractérisés par les réactions habituelles des substances radioactives : 1° ils impressionnent la plaque photographique ; 2° ils déchargent un électroscope sensible. Ces caractères, faciles à mettre en évidence, permettent de juger si le corps possède une radio-activité quelconque. Seule, cependant, la mesure physique donne des résultats précis, mais elle exige des appareils compliqués et une compétence particulière.

Il convient de dire comment on trouve des traces de radium dans les substances médicamenteuses ou dans les liquides biologiques.

On prend la substance à examiner, on la place à l'état de solution dans un flacon bouché à deux tubulures ; si la matière est insoluble, il convient de lui faire subir un traitement au carbonate de soude et de la traiter par l'acide chlorhydrique. On note le jour et l'heure de la mise en flacon. Au bout d'un certain nombre de jours, cinq ou six au moins, on chasse par un courant d'air, l'émanation du flacon et on la recueille dans un condensateur. Il suffit ensuite d'effectuer la mesure en fonction du temps au quartz piezzo-électrique de Curie.

D'autres fois, pour des quantités très faibles contenues dans les liquides, par exemple dans des liquides biologiques comme le sang et l'urine, on opère souvent ainsi : on met le liquide dans un ballon, pendant un temps déterminé, puis on en chasse les gaz par la chaleur pour les recueillir après les avoir desséchés. On fait la mesure comme dans le premier cas. Il convient de se débarrasser, s'il y a lieu, de la présence du gaz carbonique au moyen d'un alcali.

Connaissant la quantité d'émanation dégagée, il est facile, en tenant compte du facteur *temps*, de déterminer la quantité de radium contenue.

La sensibilité de cette mesure est extrême, nous avons décelé jusqu'à moins de 1/100 de microgramme, ce qui démontre qu'il existe un moyen théorique absolu pour rechercher et retrouver les traces de radium.

Tel est l'état actuel de la pharmacologie du radium et des substances radioactives. Les applications en sont déjà nombreuses et s'enrichissent encore d'études nouvelles. Le dosage *en poids* du radium, correspondant à celui en *curie* pour l'émanation facile à contrôler par les méthodes ordinaires, est d'une nécessité absolue.

REVUE CLINIQUE

Diabète insipide et syphilis

Par le Dr ANTOINE

Une jeune femme de 33 ans présente depuis 9 mois une polyurie notable : elle émet chaque jour entre 6 et 8 litres d'une urine presque incolore. La soif est des plus vives et, pour la calmer, cette femme avale des quantités énormes de liquide. C'est ainsi que, dans les périodes où elle ressent le plus vivement ce besoin impérieux de boire elle absorbe, au cours de la nuit seulement : une

bouteille d'eau de Vichy, un pot de limonade de citron et un litre de lait, le tout représentant trois litres et demi de liquide. Avec ce qu'elle prend dans la journée, cela représente sept litres de boisson par 24 heures. Certains jours elle est allée jusqu'à huit litres, mais jamais au-delà. Souvent il lui arrive de se cacher à elle-même pots et bouteilles ; mais le besoin est tel qu'elle n'y résiste jamais longtemps et se remet à boire avec avidité.

Cette malade présente de la syphilis cérébrale. Son mari est un ancien syphilitique qui s'est insuffisamment soigné. Trois semaines avant l'apparition de cette polydipsie, alors qu'elle jouissait d'une assez bonne santé, elle fut prise brusquement au milieu de la nuit d'une céphalée des plus violentes, accompagnée de vomissements, de délire furieux avec hallucinations et idées de suicide. Au bout de quelques jours apparurent les symptômes de paralysie du nerf moteur oculaire commun.

Le Dr Dénécbau, qui la vit avec moi en consultation, confirma mon diagnostic de syphilis cérébrale. Le Wassermann était positif et le traitement spécifique fit rapidement disparaître les symptômes oculaires. C'est à ce moment qu'apparut chez cette malade le syndrome que j'ai décrit plus haut et qui est connu sous le nom de *Diabète insipide*.

En quoi ce diabète consiste-t-il?

Lancereaux le définit : « un état morbide caractérisé par une émission exagérée et non passagère d'urines d'un poids spécifique faible, sans sucre, ni albumine. »

Pour Lecorché, c'est « un état morbide caractérisé par une élimination exagérée de l'urine, sans augmentation des éléments constitutifs essentiels. »

Seigneurin, dans l'important travail qu'il fit sur ce sujet en 1903 (1), sous la direction de M. le Professeur Teissier, tient à faire ressortir dans sa définition qu'il s'agit d'une élimination urinaire d'une certaine durée, et *non passagère*, et donne du diabète insipide vrai la définition suivante : « Maladie générale caractérisée par une émission exagérée et non passagère de l'urine, sans variation bien notable des éléments constitutifs essentiels de cette urine. »

On a donné à ce syndrome toutes espèces de causes étiologiques. La plupart des infections ont été incriminées, avec une prédominance marquée pour les maladies à évolution chronique ou à retentissement profond sur le système nerveux : tuberculose, syphilis, fièvre intermittente, fièvre typhoïde, scarlatine, etc... Pour Brissaud, Mathieu, Déjerine, la polyurie essentielle est une névrose pouvant être rattachée dans la plupart des cas à l'hystérie. La recherche systématique de la syphilis par les procédés d'investigation modernes permettra peut-être de considérer cette opinion comme excessive et de déceler la syphilis dans un certain nombre de cas où, faute de cause étiologique connue, on n'avait d'autre ressource que de ranger cette affection parmi les névroses.

La malade qui fait l'objet de cette observation ne présente pas le plus petit stigmate d'hystérie. Depuis l'éclosion des symptômes par lesquels s'est révélée sa syphilis cérébrale, elle est restée dans un état grave. Alors que les signes de paralysie oculaire étaient rapidement améliorés par le traitement spécifique, celui-ci restait au début sans grande influence sur la céphalée, les envies fréquentes de vomir et les crises épileptiformes qui, à deux reprises, tirèrent la malade de son extrême prostration. C'est au bout de 20 jours qu'apparaissent les deux symptômes principaux de son diabète insipide : polyurie et polydipsie.

L'affection débute-t-elle par la polyurie ou par la polydipsie ? Depuis Cl. Bernard, la polyurie est regardée comme la première en date. « La preuve, dit Lecorché, que la polyurie prime la polydipsie, c'est que la sécrétion exagérée de l'urine n'en continue pas moins, alors qu'on supprime toute ingestion de boisson. »

Notre malade urine certains jours jusqu'à 8 litres. C'est un joli chiffre, mais c'est peu, en égard aux quantités indiquées par les observations anciennes ; Savonarola parle de 48 litres par jour, Baumes de 156, Fonseca de 200 litres !

La soif est impérieuse, angoissante. La malade ne pense qu'à accumuler les réserves d'eau, de boissons de toutes sortes qui lui serviront à l'épancher. C'est une idée fixe qui la harcèle la nuit comme le jour et, si on l'empêche d'obéir au besoin qui la tourmente, elle s'irrite, entre en fureur et a même parfois du délire.

Les urines sont transparentes, sans dépôt, la réaction faiblement acide et de la densité égale 1.005. La teneur en urée, en phosphates et en chlorures est généralement diminuée. Chez notre malade cette diminution est très sensible, signe de mauvais augure, car il indiquerait, d'après Seigneurin, une déchéance profonde de l'organisme, confirmée par une perte de poids progressive. Voici le résultat d'une analyse pratiquée huit mois après l'apparition de la polyurie :

		Quantité normale (d'après A. Gautier)
Sucre	0	
Albumine	0	
Urée par litre	5 gr. 16	33
Phosphates	0 gr. 45	2.80
Chlorures	2 gr. 05	13.60

L'appétit est devenu presque nul. L'estomac est dilaté et présente de la dyspepsie flatulente. La vessie, constamment distendue, est douloureuse. Il y a une légère hypertension artérielle. La pression est de 19. Le système nerveux se débilite : douleurs, faiblesses, insomnie et, d'autre part, les symptômes dus à l'infection syphilitique du cerveau : céphalées nocturnes occipitales d'une ténacité désespérante, vertiges, bourdonnements d'oreilles, accès épileptiformes ont fait de cette pauvre femme une neurasthénique. Elle a maigri de 10 livres pendant ces 9 mois et il est à craindre que sa maladie n'aboutisse à la tuberculose, comme presque tous les cas de cette affection à évolution lente.

Si la pathogénie du diabète insipide syphilitique peut prêter à des controverses lorsqu'il n'existe pas des lésions cérébrales, il semble que dans le cas qui nous occupe elle puisse s'expliquer par l'hypothèse d'une lésion scléro-gommeuse siégeant au voisinage du plancher du 4e ventricule. Les expériences de Cl. Bernard ont montré que la piqûre en un point déterminé de ce plancher produit une polyurie sans glucosurie. La clinique vient confirmer l'expérimentation. Perrault, cité par Fournier (1), observa une femme de 43 ans qui buvait jusqu'à 10 litres de lait par jour et rendait une quantité proportionnelle d'urine limpide sans trace de sucre ; cette femme était sujette à des crises de céphalalgie occipitale, à des vertiges, bourdonnements d'oreilles, troubles de la vue, Elle mourut au bout de 6 mois et, à l'autopsie, on trouva une gomme grosse comme un poids comprimant le plancher du 4e ventricule. Chez notre malade, l'existence de lésions spécifiques de la base est indéniable ; on peut en déduire le mécanisme des symptômes fonctionnels que j'ai décrits plus haut.

La plupart des auteurs ont insisté sur l'action incertaine de la médication spécifique et des divers traitements opposés à la polyurie essentielle.

Dans 5 observations rapportées par Seigneurin, voici quels furent les traitements suivis et les résultats obtenus :

1. Traitement spécifique (mercure et iodure). Guérison.

II. Antipyrine. Influence passagère.

III. Traitement spécifique (mercure et iodure). Guérison.

IV. Traitement spécifique. Amélioration, mais pas de guérison. Urine tombée de 10 à 5 litres.

V. Traitement spécifique, disparition passagère, puis réapparition des symptômes. Nouveau traitement, même résultat.

Dans une observation de Lacroix :

Traitement spécifique. Aucune action.

J'ai obtenu des résultats comparables à ceux de Seigneurin. Après une série de piqûres au bi-iodurede mercure et l'ingestion d'iodure de potassium, la quantité d'urine fut moindre pendant une huitaine de jours (de 7 à 4 litres) et la soif moins ardente. Puis tout réapparut. L'antipyrine resta sans action. L'administration prolongée de la teinture de valériane, à raison de 20 grammes par jour, n'exerça qu'une influence passagère. Je compte reprendre sous peu le traitement mercuriel sous forme de frictions associées à l'iodure de potassium (1).

(1) Seigneurin, Th. Lyon, 1903.

(1) Fournier. Syph. du cerveau, p. 498.

REVUE DE PATHOLOGIE

Sur la nature du tremblement mercuriel

Par MM. les Docteurs Georges GUILLAIN et Guy LAROCHE

La pathogénie du tremblement mercuriel est encore très vague. Charcot (2) a spécifié jadis que le tremblement observé dans les cas d'intoxication mercurielle était un tremblement hystérique et que le tremblement mercuriel vrai n'existait pas ; cette opinion a été soutenue par Rendu et par presque tous les auteurs. Dans un travail récent, MM. P. Lereboullet et L. Lagane (3) concluent à la nature psychonévrosique du tremblement des intoxiqués mercuriels ; ils supposent chez ces malades la pathomimie et comparent leur état mental à celui des sujets accidentés du travail atteints de cette déviation des facultés psychiques décrite par Brissaud sous le nom de « sinistrose ». Suivant MM. Lereboullet et Lagane, « en même temps que de mercure, les malades s'imprégnent de notions précises sur le tremblement mercuriel et c'est là pour nous l'influence capitale ». Voici d'ailleurs comment, d'après MM. Lereboullet et Lagane, on peut analyser le travail psychique de ces malades : « Trop souvent, l'ouvrier mercuriel a sous les yeux un type d'affection qu'il sait fréquent dans son métier, qu'il croit même inévitable. Tout le lui rappelle : ses parents qui ont tremblé, ses conversations, les conditions hygiéniques défectueuses dans lesquelles il travaille. Peu à peu, et sous l'influence même de son métier, son caractère se modifie, devient nerveux, émotionnable ; il apprend par quels symptômes subjectifs s'annonce le tremblement, les ressent et progressivement se met à trembler. Il tremble suivant le modèle dont il n'a en que de trop nombreux exemples sous les yeux et cesse de trembler aux mois où la tradition lui indique que le tremblement s'améliore ».

L'analyse psychologique très fine de MM. Lereboullet et Lagane est tout à fait intéressante, mais nous ne croyons pas qu'elle réponde à la réalité des faits. C'est, croyons-nous, une erreur de considérer le tremblement mercuriel comme

(1) Soc. de médec. d'Angers.

(2) Charcot. Existe-t-il un tremblement mercuriel? *Mercredi médical*, 22 juin 1892.

(3) H. Lereboullet et L. Lagane. Sur la nature du tremblement mercuriel. *Le Progrès médical*, 18 décembre 1907 p. 641.

le résultat d'un trouble mental, qu'il s'agisse de simulation consciente ou inconsciente, de pathomimie au sens large du mot. Les malades atteints de tremblement mercuriel sont de véritables intoxiqués, ils tremblent parce que le toxique agit sur certains éléments du névraxe et beaucoup de ces malades, loin de simuler un tel tremblement, ce qui serait d'ailleurs impossible à un sujet normal, en sont d'ailleurs très peinés et regrettent infiniment de ne pas avoir des mouvements libres comme des individus non intoxiqués. On a, croyons-nous, une tendance un peu excessive actuellement à vouloir trop souvent faire intervenir l'élément psycho-névrosique dans nombre d'affections organiques du système nerveux ou d'autres viscères.

Dans un travail publié il y a quelques années (1), nous avons déjà protesté contre l'assimilation du tremblement mercuriel au tremblement hystérique.

Deux cas récemment observés nous confirment dans notre manière de voir.

Obs. I. — M. N..., âgé de quarante-neuf ans. Ne présente aucun antécédent intéressant. Est ouvrier doreur depuis 1892 ; il a travaillé pendant vingt ans dans différentes maisons où l'on fabriquait surtout de petites pièces. En octobre 1911, il changea d'atelier et on l'employa à la dorure de grosses pièces à partir de février 1912. Le tremblement apparut pour la première fois vers le mois de juin, d'abord localisé aux membres supérieurs, puis généralisé. Le malade, ne pouvant plus travailler, entra le 20 février à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du professeur Chauffard. A cette époque, le tremblement était extrêmement intense et siégeait aux membres supérieurs et inférieurs ; le malade ne pouvait ni manger seul, ni boire sans renverser les liquides, ni marcher sans buter aux objets environnants. Progressivement, le tremblement s'atténua et le malade put reprendre son travail dès le 18 mars, en prenant des précautions pour ne pas aspirer de vapeurs toxiques. Le tremblement chez ce malade présentait les caractères du tremblement cérébelleux. Il était très faible ou même absent quand le malade était au repos complet, il apparaissait ou s'exagérait lorsqu'on priait le malade d'effectuer un mouvement, lorsqu'on lui parlait ou lorsqu'on provoquait une émotion. Le tremblement, de cinq à six oscillations par seconde, siégeait surtout aux extrémités des membres supérieurs et consistait en mouvements de flexion et d'extension des articulations des doigts, du poignet et même du coude. Lorsqu'on l'exagérait par un des procédés indiqués plus haut, il se généralisait ; la tête, le cou, le tronc, les membres inférieurs étaient le siège de secousses synchrones entre elles ; le malade n'avait aucun pouvoir d'arrêt sur elles et tout effort pour les inhiber les exagérait encore plus. Le tremblement était intentionnel ; lorsqu'on demandait au malade de mettre le doigt sur le nez, le tremblement s'exagérait peu à peu et finalement le doigt, agité de grandes oscillations, heurtait à différentes reprises aux différents points de la région nasale. On constatait de l'adiadococinésie. L'écriture était impossible. La marche semblait normale au premier abord, il existait cependant un certain degré d'ataxie des membres inférieurs qu'on pouvait faire apparaître en demandant au malade de marcher en levant fortement la tête ; dans ces conditions, la marche devenait hésitante et saccadée ; on pouvait encore mettre cette ataxie légère en évidence en demandant au malade de placer le talon d'un côté sur le genou du côté opposé ; ou en le priant de suivre la crête du tibia d'un côté, avec le talon du pied opposé : les mêmes oscillations intentionnelles réapparaissaient alors comme aux membres supérieurs.

Il existait aussi de l'asynergie entre les mouvements du tronc et des membres inférieurs. Lorsqu'on demandait au malade de se courber en arrière, on constatait que les genoux ne se fléchissaient que très peu pour rétablir l'équilibre du corps.

A la face existait un tremblement manifeste de la langue et des lèvres. La parole, autrefois normale, était scandée.

Aucun trouble de la force musculaire, de la sensibilité ni des réflexes.

Nous ajouterons que le malade n'était nullement éthylique ; il a même cessé de boire du café, qui exagérait, nous a-t-il dit, son tremblement.

Obs. II. — M. M..., âgé de quarante-quatre ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du professeur Chauffard le 10 mars 1913, pour un tremblement intense et généralisé. Ce malade travaillait dans le même atelier que le malade de la précédente observation.

Doreur sur métaux depuis l'âge de quatorze ans, il eut une première crise de tremblement en 1889, à l'âge de trente ans ; au bout de deux à trois mois d'un travail aux grosses pièces, les gestes devinrent saccadés et le tremblement apparut bilatéral et plus marqué à droite. Il dut quitter cet atelier pour entrer dans une autre maison ; le tremblement disparut en un mois environ. Une deuxième crise survint en 1906 ; il travaillait alors dans un atelier petit, mal aéré et saturé de vapeurs mercurielles. Au bout de six mois, il dut cesser tout travail, tant le tremblement était accentué ; cette fois encore, il le vit disparaître progressivement, mais plus lentement, en dix à douze mois.

En août 1912, il rentre dans le même atelier que celui de 1899 et dore à nouveau de grosses pièces. Le tremblement réapparut pour la troisième fois en novembre 1912 ; il s'accusa à un point tel que la marche elle-même devint difficile et le malade dut venir à l'hôpital. A ce moment, le tremblement, léger ou absent au repos, était intense et généralisé dès qu'on priait le malade d'effectuer un mouvement quelconque ; l'émotion l'exagérait aussi. La marche était impossible, il existait alors une sensation de propulsion, deux infirmiers devaient soutenir le malade pour l'empêcher de tomber. Durant la marche, le corps était animé d'un tremblement violent, les jambes étaient lancées à droite et à gauche, l'ataxie était extrêmement marquée. Le malade ne pouvait ni manger, ni boire sans aide.

Les symptômes régressèrent peu à peu. Le 21 mars, on constatait encore les phénomènes suivants :

1° Un tremblement des membres supérieurs à caractère intentionnel très net ; l'écriture était impossible ;

2° Un certain degré d'adiadococinésie des deux côtés ;

3° Une parole scandée, à type de sclérose en plaques ; du tremblement de la langue ;

4° Un certain degré d'ataxie des membres inférieurs à type cérébelleux, ataxie mise en évidence par les mêmes épreuves que pour le malade précédent ;

5° Des secousses nystagmiformes des globes oculaires.

Aucun trouble de la sensibilité ni des réflexes. Le liquide céphalo-rachidien, légèrement hypertendu, était normal au point de vue chimique et cytologique.

Les antécédents de ce malade sont assez chargés : fièvre muqueuse à dix ans, syphilis à vingt-deux ans, glycosurie légère (5 grammes) depuis cinq ans. Il existe, de plus, un certain degré d'alcoolisme. Les diverses crises de tremblement se sont manifestées, chaque fois, à la suite d'une exposition aux vapeurs mercurielles et ont disparu dès que le malade cessait momentanément sa profession. Le malade nous a fait remarquer que l'alcool augmentait sensiblement l'intensité du tremblement ; ce fait s'explique d'ailleurs fort bien par l'action cumulative des deux toxiques.

Le tremblement mercuriel, chez les deux malades dont nous venons de rapporter les observations, comme d'ailleurs dans les cas que nous avons précédemment observés, se présente avec tous les caractères d'un tremblement cérébelleux. Ce tremblement, l'ataxie des membres supérieurs et inférieurs, l'asynergie, l'adiadococinésie, les modifications de la parole sont des signes appartenant à la pathologie du cervelet ou des voies cérébelleuses ; nous ajouterons que, chez un de nos malades actuels, et sur deux autres dont nous avons jadis rapporté les observations, il existait des secousses nystagmiformes des globes oculaires ; ce symptôme se constate aussi dans les lésions des voies cérébelleuses. Nous croyons donc pouvoir conclure que le tremblement mercuriel n'est pas un tremblement psycho-névrosique, mais un tremblement toxique dépendant de lésions du cervelet ou des voies cérébelleuses. Ces lésions, d'ailleurs, peuvent être légères ou plus profondes. Dans la plupart des cas, le tremblement mercuriel s'atténue et disparaît après la cessation de l'intoxication quand, par exemple, l'ouvrier quitte l'atelier aux vapeurs nocives. Dans certains cas, les lésions nerveuses sont plus profondes et le tremblement peut persister longtemps après la cessation de l'intoxication. C'est ainsi que nous avons eu l'occasion d'observer deux malades présentant la symptomatologie la plus typique du tremblement mercuriel et dont l'un avait cessé sa profession depuis trente années et l'autre depuis quarante-deux ans. Nous ne pouvons admettre pour ces cas l'interprétation de MM. Lereboullet et Lagane, qui disent que si le tremblement persiste longtemps après la cessation de l'intoxication, c'est que le malade s'auto-suggestionne sans cesse.

Le mercure, par lui-même, en dehors de toute pathomimie, de toute hystérie, est capable de déterminer le tremblement comme d'ailleurs d'autres agents toxiques. Le mercure peut léser le système nerveux, comme il peut léser le foie, les reins, l'intestin. D'ailleurs, MM. Raymond et Sicard (1) ont constaté la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien chez un malade présentant un tremblement mercuriel et ont décelé des traces de mercure dans ce liquide ; ces auteurs, à cette occasion, ont fait de grandes réserves sur l'origine hystérique du symptôme tremblement.

Des troubles des réflexes tendineux ont été notés parfois dans l'hydrargyrisme avec tremblement. Syllaba (2) a signalé le clonus du pied et l'exagération des réflexes rotuliens chez un malade présentant un tremblement et de la dysarthrie. Crocq (3), chez un sujet intoxiqué par le mercure, a constaté un tremblement très accentué, l'exagération de tous les réflexes tendineux, le clonus du pied. Chez deux de nos malades dont les observations furent rapportées en 1907 à la Société de Neurologie, les réflexes rotuliens étaient exagérés.

Nous rappellerons aussi que l'anatomie pathologique a montré des lésions du système nerveux central dans l'hydrargyrisme chronique et que, expérimentalement, Braner (4), chez des lapins

(1) Georges Guillain et Guy Laroche. Sur la pathogénie du tremblement mercuriel, *Revue Neurologique*, 28 février 1907, p. 137.

(1) Raymond et Sicard. Le liquide céphalo-rachidien dans un cas d'hydrargyrisme chronique. Présence de mercure. Société de neurologie de Paris, séance du 15 mai 1902. *Revue de neurologie*, 1902, p. 467.

(2) Syllaba. Tremblement mercuriel. Société des médecins tchèques de Prague, 14 février 1898. Analysé in *Revue neurologique*, 1898, p. 302.

(3) Crocq. Tremblement hydrargyrique avec dissociation des réflexes tendineux et cutanés. *Journ. de neurologie de Bruxelles*, 1902, n° 7.

(4) Brauer. Der Einfluss der Quecksilbers auf das Nervensystem des Kaninchens. *Deutsche Zeits. f. Nervenheilkunde*, 1899, Band XII, p. 1.

qu'il intoxiquait avec le mercure, a constaté, au point de vue clinique, l'exagération des réflexes; la paralysie et l'ataxie et, au point de vue anatomique, des lésions des cellules motrices des centres nerveux.

Pour les multiples raisons que nous venons de rappeler, nous croyons donc que le tremblement mercuriel a une réalité et ne rentre pas dans le chaos de l'ancienne hystérie. Le mercure peut, certes, comme d'autres poisons, agir aussi sur les fonctions psychiques et déterminer des troubles de l'intelligence, de l'affectivité, etc., mais de tels troubles psychiques ne conditionnent pas le tremblement mercuriel si spécial, si constant dans son apparence symptomatique chez les différents malades, tremblement dont tous les caractères ne peuvent être exactement reproduits par la volonté, tremblement qui ne guérit pas par la persuasion ou par la psychothérapie, mais qui guérit au contraire par la cessation des causes de l'intoxication.

Le mercure, comme d'autres poisons, est capable de léser avec élection certaines parties du névraxe, de se fixer sur certains territoires du système nerveux. Il est, d'ailleurs, une autre intoxication qui détermine des troubles spéciaux de l'équilibre, de l'asynergie, de la difficulté de la marche avec propulsion et rétropulsion, de l'hésitation de la parole, du tremblement de la langue et des mains; nous voulons parler de l'intoxication par le manganèse. Le manganèse, comme le mercure, peuvent déterminer des lésions organiques qui sont la cause de la symptomatologie clinique observée (1).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement d'un cas de Méricysme par le citrate de soude (2)

Par M. le docteur G. VARIOT

La jeune Marguerite H..., âgée de seize ans, de l'agence de Lignières, est envoyée à l'hospice des Enfants-Assistés le 28 février 1913, avec le diagnostic suivant porté sur le certificat médical:

Vomissements d'origine nerveuse, empêchant son alimentation; les traitements essayés n'ayant donné aucun résultat, nous conseillons un changement d'air avec repos général; le mieux serait un séjour de quelques mois à Hendaye.

A côté, l'avis du directeur. « Cette jeune fille est placée domestique à l'hôpital de Lignières, elle est visitée journellement par le médecin de service qui a essayé inutilement tous les traitements. Je propose l'envoi à Hendaye. »

La jeune fille qui nous est ainsi adressée paraît en très bonne santé. Sa croissance semble normale. Elle mesure 1 m. 48 de taille, son poids est de 40 kil. 500. On ne remarque du reste aucun amaigrissement et elle se plaint seulement de rejeter les aliments après les repas.

C'est à l'âge de neuf ans qu'auraient commencé les troubles qui ont persisté sans interruption jusqu'à présent. Jusque-là pas de maladies graves. Elle aurait été seulement délicate pendant les premières années de son enfance. Elle fut placée en pension et c'est pendant cette période, à l'âge de neuf ans, que commença le reflux des aliments dans la bouche après leur ingestion.

La malade est formelle sur la date du début des accidents, sans qu'il y ait eu de cause spéciale pour en déterminer l'apparition.

Les régurgitations auraient débuté aux repas du soir; l'enfant ne souffrait pas de l'estomac, son sommeil était calme. Il faut du reste remarquer que ces régurgitations survenaient sans aucun effort, plus ou moins abondantes, environ dix minutes après le repas, quelquefois même au milieu de celui-ci ou une heure après; il est rare qu'elles aient eu lieu pendant l'après-midi, vers trois ou quatre heures.

L'enfant, qui était en pension, ne fut soignée d'aucune façon spéciale. On supprimait seulement de son alimentation les mets qui provoquaient spécialement les régurgitations : les carottes, les salades, le macaroni, les viandes bouillies, on la mit souvent au repos et au lait, qui semblait réussir, dit-elle.

A treize ans, l'enfant va à Château-Thierry chez sa tante, le même état persiste; le poids était alors de 45 kilos. On la confie au bout de six mois à l'Assistance publique, qui la place à la campagne. Elle fut d'abord employée aux travaux de culture, soignant les bestiaux et s'occupant en plus de la garde des enfants de ses patrons. Il semble qu'à ce moment elle ait été surmenée, privée de sommeil; les troubles gastriques reprennent une nouvelle intensité; l'enfant prétend à cette époque avoir bu du vinaigre soit pur, soit coupé d'eau, pour calmer sa soif; le poids tomba alors à 39 kilos.

Elle reste un mois et demi dans cette place, puis entre à l'hospice de Lignières comme fille de salle. Elle est satisfaite de son emploi. Cependant, les régurgitations persistent et le médecin la met à un régime spécial; le matin, un bol de lait, qui était rejeté en partie un quart d'heure après; à midi, purée de pommes de terre lait, légumes cuits, peu de viandes, pas de vin; les vomissements sont légèrement atténués. Le soir, un potage au lait, qui était presque toujours toléré. Il est du reste à remarquer que quand l'enfant se repose immédiatement après son repas, comme c'est le cas pour le repas du soir, elle vomit beaucoup moins.

En même temps, on fait prendre à la malade des cachets de bicarbonate de soude, de l'arsenic, qui restent sans effet; plus tard, de l'eau chloroformée donnée à la dose d'une cuillerée à café avant chaque repas et le matin à jeun. Il y aurait eu une amélioration pendant une huitaine de jours. Si l'on donne quelquefois à la malade de la viande de bœuf bouillie, de la viande de porc, elles ne sont pas tolérées. On soumet également l'enfant à des cures de repos, on lui fait prendre des douches froides; l'état reste stationnaire. On décide alors d'envoyer la jeune fille à l'hospice dépositaire de Paris.

Dans le service, l'enfant fut mise au régime lacté absolu pendant huit jours, après purgation. Les régurgitations s'atténuent, mais apparaissent encore dans la journée après les repas, soit sous forme de lait caillé, soit sous forme de liquide aqueux, glaireux et filant. On reprend alors l'alimentation ordinaire et on peut étudier les caractères des régurgitations.

Leur apparition est, comme nous l'avons déjà signalé, sujette à des variations : tantôt au milieu du repas, la malade est obligée de se lever de table pour rejeter les aliments ingérés; tantôt ceux-ci ne sont expulsés que dix minutes après la fin du repas; tantôt enfin le repas semble toléré, quand la régurgitation survient une heure après. Il est extrêmement rare qu'elle survienne pendant l'après-midi; elle ne semble jamais avoir été bilieuse.

Leur abondance est variable également; il est certain que ce n'est qu'une partie du contenu stomacal qui est évacué, car, malgré un appétit moyen, l'enfant n'est pas amaigrie.

Leur nature diffère également : il semble qu'il y ait une certaine électivité pour les viandes grillées ou bouillies, les légumes (choux, carottes, salades), le riz, le jaune d'œuf particulièrement qui n'est aucunement conservé par la malade.

Nous avons mis ensuite l'enfant à un régime spécial : laitage, potages au lait, purée de pommes de terre, qui ont été mieux tolérées; le lendemain, l'alimentation commune provoquait des régurgitations répétées.

Pendant toute cette période d'étude qui dura environ dix jours, à aucun moment l'enfant ne s'est plainte de douleurs gastriques; les régurgitations se produisaient sans aucune contraction des muscles de l'abdomen. La malade dit qu'elle sent les aliments lui remonter dans la bouche et elle est obligée d'aller cracher; elle remplit un et quelquefois deux crachoirs.

J'ai pensé alors à recourir au citrate de soude. Le 4 avril, on fait prendre 4 grammes de citrate de soude en solution, que la malade absorbe avant les repas en plusieurs fois, et on laisse l'enfant au régime ordinaire. Le reflux des aliments dans la bouche s'atténue et ne consiste qu'en régurgitations peu abondantes, composées surtout de liquide filant et glaireux. Cependant il faut noter que malgré le citrate de sonde, la viande, insuffisamment mastiquée, provoque encore quelques régurgitations, mais bien atténuées. Il en est de même pour le macaroni et le riz, que l'enfant n'aime d'ailleurs pas; les potages au lait, purées de pommes de terre, sont parfaitement tolérées.

On suspend le citrate de soude, le 6 avril, les régurgitations abondantes réapparaissent pour tous les aliments. On essaye alors le bromure de potassium, 2 grammes, qui ne produit aucun effet, d'après la malade : elle demande qu'on la remette à la première médication. On reprend le citrate le 12 : 4 grammes, puis 6 grammes. Les régurgitations cessent à nouveau presque complètement. Seuls persistent quotidiennement les rejets aqueux, après les repas. Le poids, qui était de 40 kil. 300 à l'entrée à l'hospice, le 28 février, est actuellement à 43 kil. 800, le 15 avril, la taille de 1 m. 48 (1).

L'examen physique de l'enfant ne nous révèle rien de spécial : elle est bien constituée, réglée depuis le mois d'octobre régulièrement.

Aucune douleur à la palpation de l'estomac et de l'abdomen. Pas de constipation, les urines sont normales, les réflexes rotuliens et achilléen, le réflexe tricipital et de flexion de l'avant-bras les réflexes oculaires sont normaux, le réflexe pharyngien nauséeux est aboli, et le réflexe cornéen très diminué.

Quand on examine la sensibilité cutanée, on remarque une hypoesthésie généralisée manifeste; du reste, à ce point de vue, la malade se laisse facilement suggestionner. C'est une fille d'intelligence moyenne, de caractère facile.

Comme antécédents héréditaires, nous savons que la grand'mère est bien portante, qu'elle a été sujette aux maux d'estomac et qu'elle a présenté pendant une longue période des crises de gastralgie assez violentes.

La mère de l'enfant, décédée, a également souffert de l'estomac, une tante est aussi atteinte de la même affection, mais cependant aucun des ascendants n'aurait eu des régurgitations semblables à celles de notre malade, d'après le témoignage de la grand'mère.

Il y a encore dans la famille un frère et une sœur, tous deux bien portants et qui ne vomissent pas habituellement.

Notons qu'à huit ans l'enfant a été soignée à l'hôpital Saint-Louis, aux rayons X..., pour la teigne.

L'examen radiologique de l'estomac a été pratiqué à diverses reprises au laboratoire de l'hospice avec le Dr Barret, soit à jeun, soit après l'ingestion d'aliments, soit après absorption de bismuth. On n'a pas noté de contractions anormales de la paroi gastrique.

L'estomac a une forme et une dimension normales, mais il semble qu'il existe une certaine hypertonie, car c'est à peine si on aperçoit une ébauche de chambre à air après l'ingestion des aliments.

(1) *Soc. médic. des hôp.*

(2) L'observation clinique a été recueillie par M. Marcel Prunier, interne Pr des hôpitaux.

(1) Le jus de moitié d'un citron dans un verre d'eau additionné d'une cuillerée à café de bicarbonate de soude produit le même effet sédatif sur l'estomac chez cette fille que le citrate de soude en potion.

L'analyse chimique du suc gastrique a été faite par M. Lavialle, chef de laboratoire de chimie, elle a donné :

Acide chlorhydrique physiologiquement actif .... 0 gr. 55 p. 1.000
Acidité totale en HCl........ 2 — —
Hypochlorhydrie manifeste.

On ne peut donc faire intervenir l'hyperchlorhydrie pour expliquer les contractions anormales de l'estomac.

Dans ce cas, nous pouvons conclure, après des observations qui ont duré près de deux mois, que le citrate de soude a exercé une puissante action sédative sur l'estomac, alors que toutes les autres médications avaient échoué. Comme le citrate de soude est devenu d'un emploi courant, il sera bien aisé de contrôler si son efficacité est constante dans le mérycisme. (1)

REVUE DE CHIRURGIE

Hygroma à tendance fibro-formative

Par MM. les Drs J.-P. TOURNEUX et A. GINESTY

L'hygroma à tendance fibro-formative constitue une variété assez rare de bourse séreuse, se traduisant par des modifications notables de la paroi conjonctive. On sait que, dans ce cas, on se trouve en présence d'une bourse séreuse à épanchement plutôt faible, mais dont la poche très épaissie présente de nombreuses saillies à sa face interne et constitue souvent à elle seule la presque totalité de la tumeur. C'est un fait de ce genre que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître M. le professeur Mériel.

Il s'agit d'un homme de soixante-trois ans, exerçant la profession de valet de chambre, qui vint se présenter à notre consultation au mois d'août 1911. Depuis un an environ, il avait vu se développer au niveau de la région prérotulienne gauche une tumeur mollasse, indolente, peu mobile, augmentant insensiblement de volume. Actuellement, elle présente les dimensions d'un œuf de poule, mais on ne note qu'une faible fluctuation : la palpation dénote plutôt une masse pâteuse avec des parties plus dures, donnant ainsi la sensation d'une cavité des plus irrégulières. Il est impossible de déceler la transparence. Pas de douleurs, mais un peu de gêne à la marche. Au niveau de la tumeur, la peau est normale, ne présentant ni rongeur, ni circulation complémentaire. Au point de vue du diagnostic, il n'y avait pas à hésiter, il s'agissait bien là d'un hygroma dont la paroi avait dû subir quelques transformations.

L'intervention, qui eut lieu quelques jours plus tard, fut extrêmement simple. Par une incision médiane faite sur le sommet de la tumeur, nous avons incisé la peau et quelques millimètres de tissu cellulaire, nous avons ensuite recherché le plan de clivage, et à l'aide des ciseaux, nous avons pu pour ainsi dire, énucléer la tumeur sans l'ouvrir. Les suites opératoires furent des plus simples et, douze jours après, notre opéré quittait le service complètement guéri.

En examinant la pièce enlevée, on constate que l'on se trouve en présence d'une poche mesurant 5 centimètres de long sur 4 de large, son épaisseur est de 3 cent. 1/2. Elle est de consistance plutôt dure et on sent en la palpant qu'il n'existe que peu de liquide entouré par une paroi assez épaisse : sa coloration est blanc jaunâtre. Son incision donna issue à un liquide séreux et citrin et l'on sut se rendre compte alors des dispositions de cette poche. Sa paroi est constituée par une coque épaisse, dure, résistante, mesurant une épaisseur de 4 millimètres. Assez régulière sur sa face externe, elle l'est beaucoup moins sur sa face interne, qui est parcourue, sur des travées saillantes, par des éminences et diverses végétations dont les dimensions sont d'un grain de blé à la taille d'un gros pois. En divers points, on remarque même la présence de véritables cordons fibreux traversant toute l'étendue de la poche, tendus d'une paroi à l'autre ; et l'on constate aussi l'existence de végétations villeuses semblant flotter au milieu du liquide de l'hygroma. Malgré nos recherches, nous n'avons pas trouvé de corps flottants.

Au point de vue structural, nous avons pu remarquer que, contrairement à ce qu'ont soutenu certains auteurs, nous nous trouvions en présence de productions exclusivement fibreuses. La paroi était constituée par une nappe de tissu conjonctif fibrillaire très pauvre en cellules conjonctives : ces faisceaux de fibres ne semblent pas répartis d'une façon désordonnée, mais paraissent au contraire agencés en couches concentriques. Il est à noter, d'ailleurs, que cette paroi devient de plus en plus pauvre en éléments cellulaires à mesure que l'on s'éloigne de la superficie et la face interne est exclusivement composée de faisceaux fibreux. Nous n'avons pas pu mettre en évidence les formations adipeuses que l'on signale généralement comme prenant une part assez notable dans la constitution de la paroi; ce n'est que dans la paroi tout à fait externe, en contact avec le tissu cellulaire lâche, que nous avons constaté la présence de quelques lobules adipeux, mais de très faibles dimensions et parcourus par d'assez importantes travées conjonctives. Quant à la vascularisation, elle est excessivement réduite et on ne trouve que çà et là quelques vaisseaux capillaires.

Les végétations reproduisent d'une façon générale la structure de la paroi; mais on peut dire que la condensation fibrillaire est encore exagérée. On ne trouve plus trace de matière amorphe, déjà bien réduite au niveau de la paroi, et les cellules y sont extrêmement rares, car on n'en aperçoit que de loin en loin. La vascularisation est encore moins développée et il n'existe pas non plus de formations adipeuses. Bien entendu, comme dans toutes les bourses séreuses, il n'y a pas d'endothélium, mais la couche fibrillaire externe paraît revêtue d'une cuticule d'apparence fibrinoïde et qui, d'après les auteurs, ne serait pas de la fibrine vraie, mais semble être un produit de désintégration cellulaire, une sorte de nécrose de coagulation.

Malgré des recherches attentives, nous n'avons pas non plus trouvé d'îlots cartilagineux, si fréquents dans ces formations d'après certains auteurs et qui pourraient ici, comme d'ailleurs au niveau des synoviales, donner naissance à des corps libres flottant au milieu de la bourse séreuse.

Une pareille disposition est relativement rare, car la majeure partie des hygromas ne présente pas cette prolifération fibreuse que nous avons observée. Il est d'ailleurs à remarquer que la pathogénie de ces formations, c'est-à-dire l'origine directe de ces productions fibreuses, semble assez difficile à expliquer. On sait que deux grandes théories, celle de l'*Hygroma proliferans* de Virchow, et celle de l'*Hygroma destruens* de Glaser, tendent à expliquer d'une façon différente la constitution de ces éminences fibreuses. Y a-t-il là une véritable hyperplasie conjonctive amenant ainsi la formation de végétations conjonctives se développant à la manière de bourgeons charnus, ou bien, au contraire, y a-t-il une véritable liquéfaction des éléments adipeux mettant ainsi en lumière une série de proéminences qui ne sont plus alors des végétations, mais des restes d'îlots conjonctifs relativement respectés par le travail d'érosion? Cela est assez difficile à dire.

Nous nous bornerons à faire remarquer que nous n'avons pas rencontré dans notre cas la riche vascularisation signalée par Virchow et qui, d'après Hottiger, Schuchardt et Kreuter, serait une des causes de l'hyperplasie conjonctive ; au contraire, la vascularisation nous a paru des plus réduites et au niveau de la paroi et au niveau des végétations, ce qui paraît repousser l'hypothèse de Virchow. Si l'on joint à ce fait l'absence presque complète de formations adipeuses qui n'existent pas au début des hygromas, puisque d'après Chaissaignac, Mettenheimer et Longemal, on trouverait à ce stade une proportion sensiblement équivalente de tissu fibreux et de tissu adipeux, on voit que l'on pourrait plutôt incliner du côté de la théorie de l'*Hygroma destruens*. Ce qui nous pousse encore à admettre cette opinion, c'est qu'à la périphérie de la poche existent encore quelques pelotons adipeux, qui paraissent commencer à diminuer ou plutôt à bien mettre en évidence les cloisons fibreuses. On peut se demander de plus si, au moment où se produit cette véritable fonte adipeuse, il ne se passe pas quelque réaction du côté conjonctif et si du fait de cette liquéfaction et de la présence de liquide dans la cavité, il n'y a pas une sorte d'irritation du tissu conjonctif se traduisant par de l'hyperplasie conjonctive. Il nous semble, en effet, qu'il serait presque impossible ou, en tout cas, bien difficile d'expliquer par la destruction adipeuse seule toutes ces végétations qui, en différents points, peuvent acquérir des dimensions relativement considérables. Aussi inclinons-nous à penser en définitive que, dans l'hygroma à tendance fibro-formative, il doit se passer un double phénomène, l'un amenant l'autre : liquéfaction des éléments adipeux et hyperplasie conjonctive. (1).

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

La symptomatologie du trachome

Par M. le Docteur GARABEDIAN
ex-chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Lyon

En clinique, la conjonctivite granuleuse ne constitue pas une affection toujours identique dans sa forme et son évolution : « Il y a des granuleux et non des granulations » disait avec raison de Wecker. Le mal revêt selon les individus des formes variées et variables : dans la pathogénie du trachome il faut considérer le terrain et la graine et de ces deux facteurs le premier prime de beaucoup le second.

Presque toujours, l'affection débute sournoisement, pour ainsi dire à l'insu du malade, sans phénomènes réactionnels bien marqués, tout au plus un peu de sensation de gravier, une légère infection conjonctivale et le matin, au réveil, au niveau de la caroncule une discrète sécrétion. Aussi, avant que le patient se décide à consulter, des semaines, des mois, quelquefois des années passent et le praticien a rarement l'occasion d'assister à la phase initiale de la maladie.

D'ordinaire, les choses se passent ainsi. Un malade se présente pour une lésion du fond de l'œil. Vous retournez la paupière supérieure, vous la trouvez farcie de véritables granulations dont le patient ne soupçonnait pas l'existence. L'aspect du granuleux a quelque chose de caractéristique, il a l'air de sommeiller à demi ; le ptosis joint à la photophobie rend le regard indécis, timide. Cette paresse de la paupière supérieure est d'origine mécanique, elle relève de l'infiltration qui envahit la conjonctive et le tarse, la paupière supérieure devenue plus pesante perd sa souplesse et tombe. Quelquefois les malades éprouvent des picotements, comme des coups d'aiguille dans les yeux. Un symptôme qui fait rarement défaut, c'est la sensation de gravier dont presque tous les granuleux se

(1) Société médicale des hôpitaux.

(1) Soc. de chir. de Toulouse.

plaignent. En effet, ces saillies néoplasiques agissent comme de véritables corps étrangers et tourmentent les patients par leur continnel frottement sur la cornée. Si l'on retourne la paupière supérieure et qu'on mette en évidence toute la surface de la conjonctive palpébrale on constate alors la présence de petits grains jaunâtres arrondis, transincides, qui soulèvent les conches épithéliales de la conjonctive : Ce sont les granulations que l'on a comparées à cause de leur aspect translucide et gélatiniforme au tapioca cuit ou an frai de grenouille. Ces productions néoplasiques n'envahissent pas uniformément toute la conjonctive, elles se présentent par îlots, séparés les uns des autres par des parties saines, elles siègent de préférence dans les culs-de-sac supérieurs et particulièrement dans l'angle externe de l'œil où elles s'épanouissent en grappes. Le tissu conjonctival ambiant participe à l'inflammation; il y a le plus souvent de l'hypertrophie papillaire, la conjonctive s'épaissit à tel point qu'il est impossible de voir les glandes de Meibomius sous-jacentes. D'autrefois on ne constate aucun îlot de saillies néoplasiques évidentes, peu ou pas de granulations et l'affection se présente sous forme d'un épaississement gélatineux de toute la muqueuse tarsienne et les culs-de-saes, c'est le trachome diffus de Stillwag : il existe dans ces cas une véritable infiltration lymphatique de toute la conjonctive.

La cornée, au début, peut rester indemne et garder toute sa limpidité : mais le plus souvent le segment supérieur de cette membrane est le siège d'une vascularisation anormale et présente un léger trouble épithélial, c'est l'ébauche du pannus trachomateux? En d'autres termes existe-t-il des granulations de la conjonctive bulbaire? Depuis huit ans que nous exerçons aucun cas de cette nature ne s'est présenté à notre observation. Cependant nous avons eu à constater le fait dans le service de notre regretté maître le professeur Gayet à l'Hôtel-Dieu de Lyon ; il s'agissait d'un enfant de dix ans dont la conjonctive bulbaire était envahie primitivement par des saillies granuleuses ; notre diagnostic avait été confirmé par le professeur Gayet et les préparations histologiques, faites par L. Aurand, chef de laboratoire à la Faculté, ne laissaient aucun doute à ce sujet.

Ces saillies néoplasiques représentent donc le corps du délit ; c'est le signe pathognomonique, le seul dans l'état actnel de nos connaissances qui nous permette de poser le diagnostic clinique *du début de l'affection*. Les phénomènes inflammatoires peuvent faire défaut pendant un temps plus ou moins prolongé, parfois pendant toute la durée de la maladie et le patient n'éprouvant qu'un peu de gêne, ne souffrant pas, traitera son mal par le mépris. C'est cette forme chronique sans réaction qu'il faut surtout combattre, car elle est l'élément générateur de toutes les misères qui accompagnent ou qui suivent les ophtalmies. On ne se méfie pas d'elle parce qu'elle ne fait pas grand bruit, parce qu'on la rattache à des accidents de santé ou de positions momentanées, parce qu'elle ne devient contagieuse que par moments. C'est la forme la plus redoutable parce qu'elle est la plus répandue, la plus difficile à bien reconnaître et qu'elle est l'origine presque constante des autres formes de la maladie.

Syndicat Général des Stomatologistes Français

Le *Syndicat général des Docteurs Médecins dentistes français*, fondé en 1707, vient de décider le changement de son titre en celui de : *Syndicat général des Stomatologistes français*. En France comme à l'Etranger, les termes « stomatologie » et « stomatologiste » sont désormais les seuls utilisés pour désigner les groupements scientifiques ou professionnels de spécialistes des maladies de la bouche et des dents *uniquement composés de Docteurs en médecine* à l'exclusion de tous dentistes, chirurgiens-dentistes, etc., non docteurs en médecine.

REVUE DE RADIOLOGIE

Etude radiologique de l'Adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant

D'après MM. d'Oelnitz et Paschetta l'étude systématique et répétée de nombreux cas d'adénopathie trachéo-bronchique, permet de précisr l'utilité, la valeur des investigations radiologiques, dans cette affection, mais aussi de souligner les erreurs d'interprétation auxquelles elles peuvent donner lieu.

L'étude de nombreux calques radioscopiques et clichés radiographiques permet de mettre en relief les faits suivants :

1° La nécessitée de pratiquer des examens radioscopiques et de faire des radiographies dans les positions *obliques* et *latérales*, pour compléter les données des examens antéro-postérieurs; des derniers, s'ils sont seuls pratiqués, peuvent faire méconnaître des adénites médiastinales rétrocardiaques.

2° Parmi les localisations anormales des ombres ganglionnaires, les basses ou *diaphragmatiques* peuvent peut-être se confondre avec les condensations fibreuses péribronchiques, les hautes ou *rétrosternales* peuvent simuler l'hypertrophie du thymus. Les caractères de *forme, d'intensité*, et surtout *d'hétérogénéité*, permettant presque toujours de séparer l'ombre ganglionnaire de l'ombre médiothoracique normale, seront suffisants pour affirmer le diagnostic.

3° La répétition fréquente d'examens en série permettant d'apprécier les caractères évolutifs de l'affection, pourra faire apprécier également la valeur relative des traitements mis en œuvre ; parmi eux, de la cure solaire et chez les jeunes nourrissons présentant des accidents dyspnéiques d'origine ganglionnaire, de la radiothérapie.

REVUE DE DIÉTÉTIQUE

Le régime alimentaire dans le diabète grave

Le régime alimentaire, qui occupe une place prépondérante dans la cure du diabète grave, doit être réglé par l'état du sujet et les particularités cliniques de son cas. C'est dire que les divers régimes prescrits seront continués, alternés ou remplacés suivant la façon dont le malade les supporte et suivant l'état de la glycosurie.

1er *Régime* (de deux jours)

1er jour : diète liquide, avec peu d'albumine + 80 à 100 grammes de pain blanc ou d'aliment équivalent.

2e jour : légumes, corps gras, œufs.

Puis on recommence dans le même ordre.

2e *Régime* (d'une semaine)

5 jours : diète liquide, avec peu d'albumine + 80 grammes de pain.

1 jour : diète liquide sans rien d'autre.

1 jour : légumes, corps gras, œufs.

Puis on recommence dans le même ordre.

3e *Régime* (de six semaines)

11 jours : diète liquide, avec peu de viande + 80 grammes de pain.

3 jours : légumes, corps gras, œufs.

11 jours : diète liquide + 80 grammes de pain.

3 jours : légumes, corps gras, œufs.

7 jours : diète liquide + 80 grammes de pain.

1 jour : légumes, corps gras, œufs.

1 jour : diète absolue, avec un peu d'alcool ; le sujet demeurera an lit ou sur la chaise longue.

3 jours : jour de l'avoine (ou de tonte autre alimentation hydrocarbonée), à condition que ses effets dans le cas particulier soient analogues à ceux de l'avoine.

2 jours : légumes, corps gras œufs.

Recommencer ensuite dans le même ordre.

CARNET DU PRATICIEN

Obstruction des narines dans le coryza des adultes

Faire humer trois ou quatre fois par jour quelques gouttes du mélange :

Solution aqueuse de chlorydrate d'adrénaline..................	X gouttes
Solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 100...	āā 20 grammes
Eau distillée de laurier-cerise..	

(Boulay).

Blépharite ciliaire

Precipité rouge............	0 gr. 10
Acétate de plomb cristallisé.	0 gr. 005
Huile de noisettes..........	V gouttes
Axonge stérilisée..........	5 grammes

Enduire le soir en massant légèrement le bord libre des paupières. — Le matin, bain local d'infusion de thé vert aiguisée d'eau boriquée.

(Galezowski).

Traitement de la polyurie essentielle

Tellurate de soude..	5 milligr. à 1 millig.
Extrait thébaïque...	1 centigr.
Extrait de belladone	5 milligr.
Poudre de ratanhia	10 centigr.
Extrait de valériane	10 centigr.

Pour une pilule. Trois par 24 heures.

(Albert Robin).

L'imprimeur soussigne certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. Zante.



POUGUES-LES EAUX
à 240 Kilomètres de PARIS - Trajet en 3h W-R
1er JUIN — 30 SEPTEMBRE
STATION des NEURASTHÉNIQUES
des DYSPEPTIQUES
et de toutes les ATONIES et ASTHÉNIES organiques
(Estomac, Foie, Intestins) DIABÈTE. ANÉMIE. GOUTTE. GRAVELLE
CURE DE REPOS
CURE DE RÉGIME
CURE D'AIR
CASINO
THÉATRE
SPLENDID-HOTEL (1er Ordre) Chambres et appartements avec salles de bains
Cie DE POUGUES
15 Rue Auber PARIS
PURGATIVE
DÉPURATIVE
ANTISEPTIQUE
CARABAÑA
LA SEULE EXERÇANT UNE ACTION CURATIVE SUR LES ORGANES MALADES
DOSE MOYENNE : 1 VERRE A BORDEAUX SUIVI DU PETIT DEJEUNER DU MATIN

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Surdité chronique et exercices acoustiques, par le Dr Maurice, chez Doin, 8, place de l'Odéon, ou chez l'auteur, 5, rue de Villersexel, Paris.

Dans ce long travail le Dr Maurice met au point cette question si discutée aujourd'hui de la rééducation auditive.

Dans une vingtaine de chapitres écrits avec beaucoup de clarté, il passe en revue le travail de ses devanciers, il montre que chez la plupart des sourds il existe un trouble fonctionnel justiciable d'un traitement physiologique, il décrit sa méthode, son instrumentation et la façon dont on doit comprendre la rééducation auditive. Selon lui il faut pour obtenir les meilleurs résultats thérapeutiques stimuler tout le tractus auditif au moyen de sons puissants, dosés et réglés à volonté, réguliers dans leur amplitude, variables à l'infini dans leur tonalité et possédant la plus grande ressemblance possible avec la voix humaine. Son ingénieux appareil répond à tous ces desiderata.

Depuis l'ouvrage d'Urbantschitsch, dont la traduction française remonte à 16 ans, nous ne connaissons sur la question aucune monographie ayant une telle importance. Après cette lecture qui doit intéresser les auristes et les sourds, il est difficile de ne pas être convaincu et nous ne nous étonnons guère des succès obtenus par l'auteur, succès qui sont d'ailleurs partagés par les médecins spécialistes déjà nombreux qui suivent la méthode.

Docteur Raulin.
Médecin des hôpitaux du Havre.

VARIÉTÉS

Le repos des Femmes en couches

La loi récemment votée par le Parlement sur le repos des femmes en couches vient d'être promulguée au *Journal Officiel*. En voici le texte complet :

Article premier. — Est codifiée, dans la teneur ci-après et formera l'article 29 *a* du livre premier du Code du travail et de la prévoyance sociale la disposition suivante :

« Art. 29 *a*. — Les femmes en état de grossesse apparente pourront quitter le travail sans délai-congé et sans avoir de ce fait à payer une indemnité de rupture. »

CHAPITRE 4 *bis*.

« Art. 54 *a*. — Dans tout établissement industriel et commercial ou dans ses dépendances, de quelque nature qu'il soit, public ou privé, même s'il a un caractère professionnel ou de bienfaisance, il est interdit d'employer des femmes accouchées dans les quatre semaines qui suivent leur délivrance. »

« Art. 164 *a*. — En cas d'infractions aux dispositions concernant le travail des femmes récemment accouchées, les pénalités prévues par les articles précédents ne sont applicables au chef d'établissement ou à son préposé que s'il a agi sciemment. »

Art. 3. — Toute femme de nationalité française et privée de ressources, qui se livre habituellement chez autrui à un travail salarié comme ouvrière, employée ou domestique, a droit, pendant la période de repos qui précède et suit immédiatement ses couches, à une allocation journalière, sans que celle-ci puisse se cumuler avec aucun secours public de maternité.

Art. 4. — Avant les couches, la postulante doit justifier, par la production d'un certificat médical, qu'elle ne peut continuer à travailler sans danger pour elle-même ou pour l'enfant.

Après les couches, l'allocation est accordée pendant les quatre premières semaines. L'allocation ne peut, tant pour la période qui précède que pour celle qui suit les couches, être maintenue pendant une durée totale supérieure à huit semaines.

Elle ne peut, à un moment quelconque, être accordée ou maintenue que si l'intéressée, non seulement a suspendu l'exercice de sa profession habituelle, mais encore observe tout le repos effectif compatible avec les exigences de sa vie domestique, et que si elle prend pour son enfant et pour elle-même les soins d'hygiène nécessaires, conformément aux instructions que lui donnera à cet effet la personne désignée par le bureau d'assistance.

Art. 5. — L'allocation journalière est réduite de moitié en cas d'hospitalisation, pendant toute la durée de celle-ci, si l'intéressée n'a pas d'autre enfant vivant an-dessous de treize ans.

Art. 6. — L'admission au bénéfice de la présente loi est prononcée dans les conditions fixées au titre III de la loi du 15 juillet 1893 par les articles 12 à 19 inclus en ce qui concerne les postulantes ayant leur domicile de secours dans la commune de résidence, et par les 2e et 3e alinéas de l'article 20 et l'article 23 pour les autres postulantes.

L'allocation est supprimée dès que les diverses conditions requises pour avoir droit à l'assistance ne sont plus remplies ou dès qu'il est constaté que des déclarations inexactes ont été fournies par la postulante, dans ce dernier cas il y a lieu à répétition de la part du maire, ou, à défaut, du préfet, agissant au nom des diverses collectivités intéressées. Cette suppression fait l'objet d'une décision nouvelle, dans la forme prévue par les admissions.

Art. 7. — L'allocation est incessible et insaisissable. Elle est payée à l'assistée.

Elle peut être donnée en nature, en totalité ou en partie.

Art. 8. — Les voies et moyens destinés à assurer le fonctionnement du service institué par la présente loi seront fixés par la loi de finances.

Art. 9. — Le domicile de secours s'acquiert et se perd dans les conditions prévues par la loi du 15 juillet 1893.

Art. 10. — Toute mutualité maternelle, toute œuvre d'assistance, préalablement agréée à cet effet par décret rendu sur la proposition des ministres de l'intérieur et des finances, après avis de la section compétente du conseil supérieur de l'assistance publique, peut être chargée par le conseil municipal, le bureau d'assistance consulté, d'assurer le fonctionnement de la présente loi dans la commune où elle a établi son siège social ou des sections.

Dans ce cas, l'admission au bénéfice de la loi et le retrait éventuel de ce bénéfice continuent à être prononcés conformément aux dispositions de l'article 6. Le rôle des œuvres consiste à assurer directement le service des allocations aux bénéficiaires et à exercer la protection et la surveillance hygiénique prescrites par la loi ; elles reçoivent à cet effet les subventions de l'Etat, du département et de la commune.

Le traité passé entre l'œuvre et la commune sera soumis à l'approbation du préfet.

Art. 11. — Des règlements d'administration publique détermineront les mesures nécessaires pour assurer les conditions d'application, de fonctionnement et de contrôle de la présente loi.

Art. 12. — La présente loi ne sera applicable qu'après la promulgation de la loi de finances visée par l'article 8.

ÉCHOS

Les jardins entourant les Maisons d'habitation.

Sur la proposition de M. Marin, le Conseil général de la Seine, vient d'adopter le vœu que, pour l'application des taxes sur la propriété non bâtie, seront exemptés d'office tous jardins ou terrains attenant ou entourant une maison d'habitation individuelle, lorsque la surface de ce terrain n'excédera pas 500 mètres.

Excursions aux stations hydrologiques et climatiques (région pyrénéenne).

Cette excursion aura lieu, sous les auspices de la Société d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest, du 1er au 12 septembre prochain.

Elle comprendra la visite des stations suivantes : Aulus, Ussat, Les Escalles, Mont Louis, Font Romeu, Vernet-les-Bains, le Boulou, Amélie-les-Bains, La Preste, Banyuls.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 1er août chez M. le Dr Lafond-Grellety, 64, rue de Saint-Genès et chez M. le Dr Celles, 22, rue Adrien-Bayssellance, à Bordeaux.

Le diplôme d'Etat de chimiste expert.

Loi du 6 juin 1913 relative à la création d'un diplôme d'Etat de chimiste expert :

« Article unique. — Il est institué un diplôme de chimiste expert, conféré après examens passés devant des jurys d'Etat, nommés par les ministres de l'instruction publique et de l'agriculture.

Ces jurys doivent être constitués par des membres du corps enseignant de l'Etat appartenant aux établissements publics de l'enseignement supérieur, à l'institut national agronomique et à la commission technique permanente instituée près les ministres de l'agriculture, du commerce et de l'industrie par l'article 3 du décret du 31 juillet 1906, complété par l'article 6 du décret du 6 août 1908.

Ils siégeront une fois par an, s'il y a lieu, dans les villes dont l'université est constituée par quatre facultés ou dans les villes qui possèdent une faculté des sciences et une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Ce diplôme de chimiste expert sera délivré par le ministre de l'instruction publique, à la suite d'examens dont le programme, ainsi que celui des études qui le précédent, auront été arrêtés après avis du conseil supérieur de l'instruction publique et de la commission technique permanente précitée.

Il donnera seul le droit au chimiste expert de s'intituler : chimiste expert diplômé du Gouvernement.

Un décret rendu en la forme des règlements d'administration publique déterminera les diplômes ou titres nécessaires aux élèves pour suivre les études réglementaires.

Il fixera le tarif des droits d'inscription, de travaux pratiques, d'examens et de diplôme à percevoir.

A titre de disposition transitoire pendant l'année qui suivra la promulgation de ce décret, les chimistes experts actuellement en exercice pourront obtenir le diplôme sur leur demande et sur la proposition d'une commission instituée par les ministres de l'instruction publique et de l'agriculture.

Chaque demande, accompagnée d'un exposé des titres et, s'il y a lieu, d'un état des services du candidat, devra être adressée au ministre de l'instruction publique.

La lutte contre la tuberculose.

Le « Royal College of Physicians » de Londres ouvre à tous les membres de la profession médicale du monde entier un concours sur le sujet suivant : « Étude originale concernant le traitement de la tuberculose pulmonaire au moyen de substances spécialement antagonistes à l'organisme pathogénique et à ses produits ».

Cette étude devra avoir été faite principalement depuis l'année 1911. L'essai devra être basé sur des travaux et observations originaux (expérimentaux ou autres) de l'auteur et devra comprendre un exposé détaillé des méthodes employées et de leur mode d'application.

Le lauréat recevra en récompense un prix de 150 guinées et deux médailles d'argent.

84e Année (Série XIIIe) — N° 206 — Le Numéro : 25 Centimes — Mercredi 9 Juillet 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 9 Juillet 1913

ÉCHOS

Notre Enquête.

La question de l'incorporation des recrues a 20 ans est actuellement pendante devant la Chambre.

Désireuse de contribuer à éclairer cette question importante, la Gazette Médicale de Paris *a résolu d'ouvrir a son sujet une enquête dont elle se propose de faire tenir les résultats au Parlement par une personnalité autorisée.*

Nous serions donc en la circonstance particulièrement flatté de recevoir le plus rapidement possible, vu l'urgence, votre opinion motivée de médecin de quelque nature qu'elle soit.

Les Médecins et les lois sociales.

Le Ministre du travail vient de faire signer un décret instituant une Commission chargée d'étudier dans leur ensemble les conditions de la participation du corps médical à l'application des lois sociales.

L'autopsie volontaire.

Lors de la dernière Assemblée générale de la Société pour la propagation de l'incinération, le président, le docteur Barrier, de l'Académie de médecine, a annoncé que le professeur Pinard, membre de l'Institut, avait accepté d'être nommé membre du comité de cette Société. Le professeur Pinard a fait connaître que non seulement il demandait pour son compte l'incinération, mais encore qu'il avait spécifié dans ses dernières volontés testamentaires que son corps fût autopsié à la faculté de médecine. Le docteur Barrier a fait la même prescription et engagé les membres de la Société à prendre des dispositions identiques.

La Fraude dans les accidents du travail.

A la Chambre des députés, la Commission d'assurance et de prévoyance sociales s'est préoccupée de remédier aux abus qui ont été dénoncés à maintes reprises, en matière de frais médicaux et pharmaceutiques consécutifs à des accidents du travail.

Elle a décidé d'introduire dans le dispositif du projet de loi relatif aux maladies professionnelles le texte suivant :

« Sera puni d'une amende de 100 à 500 francs et d'un emprisonnement de trois jours à trois mois quiconque par menaces, dons, promesses d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux, fournitures pharmaceutiques, faits à des accidents du travail, à des syndicats ou associations, à des chefs d'entreprise, à des assureurs ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer les victimes des accidents du travail ou de maladies professionnelles dans une clinique ou cabinet médical ou officine de pharmacie, et aura ainsi porté atteinte ou tenté de porter atteinte à la liberté de l'ouvrier de choisir son médecin ou son pharmacien. »

Galien stomatologiste

Notre confrère, le docteur Alphonse Soulé, publie dans les *Archives de Stomatologie* d'intéressantes notes sur « l'Histoire de l'art dentaire dans l'antiquité ».

Nous lui empruntons celles qu'il consacre à Galien considéré comme stomatologiste.

C'est au 1er siècle de notre ère que la médecine grecque, transplantée à Rome comme d'ailleurs toute la vie hellénique, va se relever et briller d'un vif éclat avec Claude Galien (131-201 ap. J.-C.). Né à Pergame, dans l'Asie-Mineure, il mourut, d'après Suidas, dans sa patrie, à l'âge de soixante-dix ans. Son père, Nicon, sénateur de Pergame, lui avait donné le nom de Galien, c'est-à-dire doux, à cause de son aimable caractère. Vers l'âge de dix-sept ans, il se livra à l'étude de la médecine et, pour s'instruire, fit de nombreux voyages, presque toujours à pied, il resta plusieurs années à l'école d'Alexandrie où régnait encore l'enseignement créé par Erasistrate et Hiérophile. Il vint s'établir à Rome à l'âge de trente-sept ans et abandonna la chirurgie pour se consacrer exclusivement à la médecine.

Au point de vue dentaire, Galien ne se contenta pas de rééditer Hippocrate et Aristote; s'il fit siennes les théories de ses illustres prédécesseurs, il sut les exposer avec une précision remarquable et les augmenta de sa propre expérience.

En anatomie, il divise, comme Aristote, les dents en incisives, canines et maxillaires : « Pourquoi avons-nous précisément trente-deux dents, fixées seize sur un rang à chaque mâchoire, celles de devant nommées incisives, tranchantes et larges, capables de couper en mordant ; à leur suite, les canines, larges à la base, acérées au sommet, capables de briser les corps trop durs que n'auraient pu couper les incisives, puis les mâchelières qu'on nomme aussi molaires, raboteuses et larges, dures et longues, faites pour triturer exactement les aliments coupés par les incisives ou brisés par les canines (1). Il démontre que les dents sont des os, que leur dureté et leur structure ne permettent point de les ranger à côté d'autres organes, qu'elles reçoivent des veines et surtout des nerfs qui viennent du cerveau ce qui explique leur grande sensibilité. Le premier, il établit que la pulpe est l'élément nourricier de la dent.

Galien s'étend assez longuement sur la pathologie du système dentaire. Il est d'abord frappé par les dispositions vicieuses que peuvent présenter les dents. « Les dents, dit-il, sont parfois placées de telle sorte qu'elles se correspondent irrégulièrement, les incisives du haut ne répondant plus à celles du bas. Cette disposition s'observe surtout chez les individus qui présentent une forme particulière de la face et une tendance marquée aux suppurations des narines. » Comme Hippocrate, il admet que le froid est l'ennemi des dents. Celles-ci sont le siège de douleurs superficielles et profondes, et même de douleurs spontanées. Cette sensibilité réside dans le petit nerf que contient la racine. Pour lui, la carie provient de quelque humeur viciée qu'on doit dessécher, si elle n'est pas trop abondante et non de l'usage immodéré du lait, comme on le croyait communément de son temps. Les dents qui n'ont pas d'antagonistes s'allongent et deviennent mobiles; ce phénomène s'observe surtout chez les personnes âgées qui ne se nourrissent plus d'une façon suffisante.

La thérapeutique de Galien est très variée, mais souvent incertaine. Contre l'odontalgie, Galien vante surtout les bains de vapeur et les préparations de jusquiame. Si la douleur persiste, *on perfore la dent avec un petit trépan* et, dans l'orifice qu'on vient de faire, on introduit au moyen d'une sonde les remèdes appropriés. Si enfin cette méthode échoue et qu'on juge nécessaire d'enlever la dent, on applique sur celle-ci de la poudre de pyrèthre avec du fort vinaigre, après avoir au préalable garanti les autres dents contre l'action du caustique en les couvrant de cire. Au bout d'une heure, la dent est tellement mobile qu'on peut l'extraire facilement avec des pinces ou même avec les doigts. Malgré la facilité de l'opération, Galien donne cependant le conseil de commencer toujours par écarter la gencive. Quand une dent est détachée à la suite d'un coup, ou autrement, et qu'elle dépasse le niveau des autres, il faut en limer toute la portion saillante ; à cet effet, on emploie une petite lime et l'on tient la dent entre deux doigts pour ne pas augmenter sa mobilité; dès que la douleur apparaît, on suspend l'opération et l'on recommence au bout de quelques jours. Contre la fétidité de l'haleine, il préconise l'ellébore noir ou le gingembre. Pour faciliter la dentition, il recommande un collutoire au lait de chienne et à la cervelle de lièvre, ou bien de suspendre au cou de l'enfant la corne desséchée d'un vieux colimaçon. Galien a laissé un grand nombre de formules de préparations dentifrices.

(1) Galien, *Utilité des parties du corps*, chap. XI.

Comment mourut Henri Heine

Trois jours avant sa mort, Henri Heine, fut pris de vomissements que rien n'arrivait à calmer ; des compresses froides, prescrites par Gruby, amenèrent un soulagement passager. Son corps était tellement habitué aux opiacés, que la morphine administrée à doses énormes, ne réussissait plus à lui procurer le repos.

Dans la nuit du 16 au 17 février, le docteur Gruby, interrogé par Madame Heine, secoua la tête pour toute réponse et entra dans la chambre du malade. Il approcha de son lit, le regarda en silence et avec tant de tristesse, que celui-ci lui demanda : « Vais-je donc mourir? »

— Oui, lui répondit le docteur ; l'heure est venue. Vous m'aviez fait promettre de vous le dire, je tiens ma promesse.

— « Merci, ami », se contenta de répondre le moribond. Et comme le médecin, ému jusqu'aux larmes, lui demandait s'il avait une prière à lui adresser :

« Oui , répondit le poète ; ma femme dort, ne la réveillez pas, mais prenez sur cette table les fleurs qu'elle a achetées ce matin. J'adore les fleurs. Bien ! Placez-les sur ma poitrine. Merci, merci encore ! » Et s'énivrant une dernière fois de leur parfum, il murmura : « Des fleurs, des fleurs ! que la nature est donc belle ! »

Ce furent ses dernières paroles.

L'Euthanasie

En ce moment, le Parlement allemand, annonce-t-on, est à la veille d'être saisi d'un projet de loi sur l'Euthanasie — autrement dit, sur la simplification de la mort, pour ne pas dire son *euphorie*.

Voici les principales dispositions du projet dont il s'agit, qui émane de Sociétés Monistes allemandes :

1° Toute personne atteinte de maladie incurable a le droit à l'euthanasie ;

2° Le tribunal du ressort recevra la demande du malade et délivrera ce droit ;

3° Une commission médicale, à la requête du tribunal, examinera le malade. Sur la demande de celui-ci, d'autres médecins pourront assister à la consultation. L'examen devra être fait dans les huit jours qui suivent l'introduction de la requête ;

4° Le procès-verbal de l'examen dira si, d'après la conviction des experts médecins, la mort est plus probable que le retour à la santé ou tout au moins à un état permettant l'aptitude au travail ;

5° Si l'examen établit la grande probabilité d'une issue mortelle, le tribunal accorde au malade le droit à l'euthanasie. Dans le cas contraire, la demande est repoussée.

6° Lorsqu'un malade est tué sans douleur, sur sa demande formelle et catégorique, l'auteur de la mort ne peut être poursuivi si le malade a obtenu le droit à l'euthanasie et si l'autopsie établit qu'il était incurable ;

7° Quiconque tue un malade sans la volonté formelle et expresse de celui-ci est puni de réclusion ;

8° Les paragraphes de 1 à 7 peuvent aussi, le cas échéant, être appliqués aux valétudinaires et aux infirmes.

Et voilà ! Mais, quel docteur voudra inscrire sur sa carte de visite : « Médecin de l'euthanasie ».

Les Chats et les petits Oiseaux

On sait qu'au moment des couvées, les chats redoutables braconniers, détruisent des quantités énormes de petits oiseaux. La Société nationale d'acclimatation s'est préoccupée de cette cause de destruction du gibier, et a cherché à y remédier. Elle nous apprend dans son *Bulletin* qu'il suffit pour éloigner les chats des couvées de fixer dans le buisson, ou au tronc de l'arbre où se trouve le nid, un chiffon imbibé d'huile empyreumatique. Les chats ont en effet une invincible répulsion pour l'odeur de cette substance. Le *Bulletin de la Société nationale d'acclimatation* raconte même l'amusante histoire suivante : un de nos correspondants ayant pris une souris au piège la frotta d'huile empyreumatique puis lui rendit la liberté en présence de son chat lequel se garda bien de lui donner la chasse. Mais par la suite, soit que l'odeur se fût communiquée à toutes les autres souris de la maison, soit, ce qui est plus probable, que le chat conservât un mauvais souvenir de son aventure, il renonça absolument à chasser les souris qui pullulèrent dans l'habitation.

La lumière et les oeufs en incubation

Un résultat assez inattendu des recherches d'un vétérinaire lyonnais, concernant l'influence de la lumière blanche sur les œufs de poule en incubation, c'est que cette influence est très active et très défavorable à l'évolution du germe. Si la lumière n'agit sur l'œuf que peu de temps et au début de l'incubation, cette action se manifeste par un simple retard dans l'évolution. Mais si l'action est prolongée, l'embryon prend des conformations anormales ; il devient informe, rudimentaire et même peut mourir.

La lumière doit donc être rangée parmi les forces qui modifient l'état des cellules des germes et être considérée comme un agent tératogénique, c'est-à-dire capable de produire des formes monstrueuses variées.

DE LA NATURE ET DES CAUSES

De l'Altération des Crayons de Nitrate d'argent

FONDU AU CONTACT DE DIVERSES SEMENCES

Par M. HOUBOTTE

Pharmacien de 4e classe de l'armée Belge

On sait que les crayons de nitrate d'argent fondu sont conservés, afin de les empêcher de se briser, dans des flacons contenant des semences de lin ou de coriandre.

En examinant attentivement un certain nombre de flacons de nitrate d'argent, j'ai pu observer maintes fois certaines particularités qui méritent d'être signalées.

Les semences de coriandre contenues dans ces flacons en verre blanc, demeurés parfaitement secs, avaient pour la plupart une coloration plus ou moins noire, très intense dans les parties directement en contact avec des crayons. Les graines les plus colorées étaient friables et peu résistantes. Cette altération était beaucoup plus vive dans quelques flacons humides, plus atténuée dans les flacons en verre jaune.

La substance qui, sous l'influence du temps, a imprégné cette coriandre et lui a donné sa couleur noirâtre est de l'argent métallique très divisé. Ces semences traitées par de l'acide chlorhydrique étendu dégagent lentement quelques bulles d'hydrogène. En outre, l'analyse chimique effectuée sur des graines bien criblées et essuyées pour enlever le nitrate d'argent adhérant mécaniquement, nous fait connaître que 100 grammes de coriandre ont absorbé 5 gr. 454 d'argent métallique : c'est donc une perte de 8 gr. 855 de nitrate d'argent fondu par 100 grammes de semences employées. Ce chiffre qui ne constitue probablement pas un maximum suffit à démontrer que l'altération signalée, nullement imputable à l'humidité, mérite d'attirer l'attention en raison de son importance.

Les graines de coriandre ainsi noircies sont percées généralement d'un trou indiquant la portion la moins résistante de la semence ; après les avoir sectionnées, pour les examiner à la loupe, nous constatons qu'elles sont revêtues à leur surface interne de fines aiguilles prismatiques, brillantes, légèrement jaunâtres, *incrustées sous forme de géodes* et sans qu'il se soit produit aucune modification dans la forme de l'enveloppe de la graine qui lui sert de support. On voit toujours nettement les nervures des deux carpelles qui composent le fruit. Le sel ainsi déposé est constitué par du nitrate neutre d'argent. Nous reviendrons ultérieurement sur ce point particulier qui se rattache à l'étude générale de l'action des divers éléments organiques sur le nitrate d'argent. Le nitrite d'argent nous paraît ici constituer le terme final d'une partie de la réaction.

Cette observation vient de constituer un nouvel et curieux exemple de pseudomorphose et, dans ce cas particulier, d'*épigénie* (substitution d'une substance à une autre). Nous voyons en effet une substance organique à l'état solide, la semence de coriandre, subir lentement et graduellement, en vertu des lois de l'énergie chimique, une altération dans sa composition chimique et s'imprégner peu à peu, par oxydation, d'argent métallique, tout en conservant sa forme. C'est un phénomène tout à fait analogue à la *silicatisation du bois*.

De leur côté, la plupart des crayons de nitrate d'argent portent les marques d'une action chimique, leur surface est rugueuse, rongée en plusieurs points, on y voit de nombreuses excavations ayant la forme et la grosseur des semences qui les entourent, quelques-unes y sont même profondément incrustées.

Les semences de lin, plus rarement employées pour remplir les flacons destinés à contenir le nitrate d'argent, sont également noircies à l'intérieur et à l'extérieur par de l'argent réduit ; à leur contact, les crayons sont encore plus fortement corrodés.

Les semences de millet dont on se sert beaucoup dans la pratique civile et qui sont préférables à la coriandre et au lin, ne présentent pas malgré leur dureté et leur forme, une résistance suffisante. Nous avons eu l'occasion d'examiner de ces semences demeurées, pendant près de deux ans, en contact avec du nitrate d'argent fondu ; elles étaient devenues complètement noires, à l'extérieur surtout. Nous y avons dosé l'argent et trouvé pour 100 grammes de semences 1 gr. 003 d'argent métallique, soit une perte de 1 gr. 579 de nitrate d'argent fondu. Ces semences de millet, malgré leur consistance cornée, contiennent, d'après les analyses, 14 p. c. d'eau, celles de coriandre n'en renferment que 11,5 p. c. Agitées avec de l'eau distillée, ces diverses semences donnent un liquide absolument neutre. Elles ne renferment donc pas d'acide nitrique libre. La présence de l'argent réduit le faisait pressentir. L'acide nitrique mis en liberté dans cette réaction a dû vraisemblablement se porter sur la cellulose des semences (cellulose nitrique). Les résultats constatés pouvaient être facilement prévus en raison de la facilité de réduction du nitrate d'argent par les matières hydrogénées.

Certaines huiles fixes possèdent la faculté de réduire le nitrate d'argent avec une sensibilité égale à celle des corps aldéhydiques, propriété utilisée du reste dans l'analyse des huiles. D'après la composition des semences de coriandre et de lin, on voit donc que les crayons de nitrate d'argent seront réduits facilement.

1° Par les graines de coriandre dont l'huile essentielle peut posséder une fonction alcoolique ou aldéhydique accélératrice ;

2° Par les semences de lin qui contiennent une huile fixe (1/3 de leur poids) et des principes mucilagineux (15 p. c.). Ces deux substances ne peuvent donc être employées pour conserver les crayons de nitrate d'argent.

Les semences de plantain des sables (psyllium) dont on se sert parfois dans le même but, noircissent également, car elles contiennent aussi dans leur épisperme, un mucilage abondant.

Le millet ne convient pas davantage, il est altéré par le nitrate d'argent. Toutes les matières organiques étant attaquées plus ou moins rapidement, l'usage des substances minérales serait préférable, l'amiante par exemple, préalablement desséchée, ou le sable lavé et bien desséché. Mais ces deux corps retiennent presque toujours une certaine quantité de matières organiques ; le sable a en outre une trop grande densité. Aussi, après expérimentation, donnons-nous la préférence à l'emploi de la *pierre ponce granulée*, substance inerte, légère et spongieuse, qui, préservant de l'humidité, constitue un bon agent de conservation. La pierre ponce est constituée par un silico-aluminate de potasse, de soude et de chaux renfermant, d'après Berthier, quatre équivalents d'eau de combinaison. Celle que nous avons expérimentée à l'état de granules, ne contenait après dessication à l'étuve à la température de 120 degrés, que 0,19 grammes d'humidité p. c. Pour obtenir cette pierre ponce granulée, il suffira de pulvériser grossièrement de la pierre ponce en morceaux, de la passer ensuite sur un crible en fil de laiton, de façon à obtenir des grains de volume du plomb à bouteilles, ceux-ci étant enfin séparés de la partie plus fine par le tamis en crin.

Des remarques qui précèdent, il résulte que le caustique au nitrate d'argent destiné aux approvisionnements de guerre on autres même, sera avantageusement conservé dans de la pierre ponce granulée et dans des flacons en verre jaune.

ÉTUDE RADIOGRAPHIQUE

De quelques Productions calcaires du Tégument

Par les Docteurs J. BELOT et NAHAN

L'examen systématique des malades à l'aide des rayons X apporte souvent des renseignements du plus haut intérêt pour le diagnostic. On doit admettre aujourd'hui qu'un examen ne saurait être complet sans radiologie. Ce n'est pas seulement en chirurgie et en médecine que se justifie cette affirmation, mais elle est encore exacte pour un certain nombre d'affections dermatologiques. Certes, nous ne voulons pas prétendre que tous les malades atteints de dermatose doivent nécessairement passer par le cabinet du radiologiste. Cependant il existe nombre d'affections pour lesquelles la radioscopie peut être extrêmement précieuse. Qu'il nous suffise de citer les manifestations diverses de la syphilis et particulièrement celles qui touchent le système cardio-aortique.

L'examen radiologique (radioscopie ou radiographie) peut aussi permettre de déceler la nature de certaines productions dermiques en montrant les différences d'opacité des éléments qui les constituent. Ainsi les rayons X deviennent une véritable méthode d'*analyse chimique* ; chacun sait, en effet, que la transparence des corps est fonction de leur poids atomique.

Nous avons pu étudier par la radioscopie et la radiographie un certain nombre de malades porteurs de productions calcaires du tégument : dans certains cas les rayons X ne nous ont apporté qu'une confirmation de l'examen clinique, mais dans d'autres ils nous ont permis de préciser le siège exact des tumeurs et la nature de leurs éléments constituants.

Les tumeurs calcaires de la peau constituent un ensemble disparate d'affections rares et souvent peu connues. En adoptant la classification de Darier (1) et de Brocq (2), on peut distinguer :

1° Les tumeurs pierreuses des vieillards, qui sont des lobules adipeux calcifiés ;

2° Les ostéomes vrais de la peau ;

3° Les tumeurs cutanées pétrifiées ;

4° Les veines sous-cutanées variqueuses calcifiées ;

5° Enfin les granulomes calcaires sous-cutanés (pierres de la peau).

M. V..., âgé de 35 ans, porte à la partie inférieure du menton une petite tumeur, qui aurait débuté, il y a trois ans environ ; d'abord peu saillante, elle augmenta lentement de volume. Actuellement on constate une tuméfaction sessile, cylindrique, ayant un peu plus de 1 centimètre de long et 5 millimètres en viron de diamètre. La peau, qui la recouvre, est normale. La consistance de cette néoformation, qui était molle au début de son évolution, est devenue dure et même nettement pierreuse dans sa portion moyenne. Il s'agit d'un fibrome cutané, de la variété molluscum fibrosum, ayant vraisemblablement subi une transformation calcaire.

Sur la radiographie, en effet, au milieu des parties molles constituant la tumeur, on remarque

(1) DARIER, *Pratique dermatologique*, t. IV, p. 676.

(2) BROCQ, *Traité élémentaire de dermatologie pratique*, t. II, p. 763.

une ombre plus foncée, irrégulièrement arrondie et curieuse par sa structure osseuse : on distingue très nettement de véritables trabécules, faisant songer immédiatement à l'aspect du tissu spongieux des épiphyses du squelette. Il ne s'agit donc pas seulement d'une simple calcification, comme les fibromes de la peau en présentent fréquemment, quand ils ont conservé leur structure et que leurs fibres et cellules sont seulement infiltrées de sels de chaux, mais d'une véritable transformation osseuse de la tumeur : d'ailleurs un examen histologique confirmera, nous l'espérons, cette hypothèse.

Voici maintenant un cas de veines sous-cutanées variqueuses calcifiées : Mme G..., âgée de 35 ans, est en traitement pour des troubles dyspeptiques très marqués depuis sept ans et pour une cirrhose mixte avec épanchement dans le péritoine. Vers l'âge de 6 ans elle aurait subi un traumatisme de l'épaule gauche ; quelques années plus tard elle remarqua l'existence de pelotons variqueux dans les régions deltoïdienne et sous-claviculaire gauches ; depuis ces dilatations veineuses augmentèrent sans interruption, gagnant progressivement le bras, l'avant-bras et depuis peu la main du même côté, les parties atteintes ont notablement augmenté de volume, au point d'en devenir difformes.

Actuellement le membre supérieur gauche a complètement perdu son aspect normal; les téguments sont soulevés par de volumineux paquets variqueux sous-cutanés; la peau, saine par endroits, est parsemée de nombreuses taches bleues, dues à la présence de varicosités superficielles. Cependant tous les mouvements des articulations de ce membre sont restés normaux. A la palpation on a l'impression d'écraser des cordons vermiculaires et par endroits on sent de petits noyaux durs, plus ou moins mobiles, qui font immédiatement penser à des phlébolithes.

Sur la radiographie, par les contours des parties molles, on se fait aisément une idée de l'état de difformité atteint par la région malade. On remarque également de nombreux petits points opaques, de dimensions variables, arrondies, disséminés dans les tissus sous-cutanés et simulant assez bien l'aspect d'une décharge de grains de plomb, sauf qu'ils présentent une opacité moindre. Ces ombres sont dues à des concrétions résultant de l'infiltration terreuse des parois des veines sous-cutanées variqueuses et que la palpation nous avait déjà révélées. En outre, on constate l'état du squelette, qui présente dans toute l'étendue de la région malade, une décalcification très marquée et, par endroits, surtout au cubitus et au radius, des points d'hyperostose. L'exploration radiographique ne montre aucune calcification des autres tissus; les aponévroses, les tendons sont sains. Ces troubles du côté des os sont vraisemblablement dus aux modifications apportées dans la circulation locale; à l'examen, derrière l'écran, l'humérus, le radius et le cubitus droits apparaissent avec leur texture et leur opacité normales; d'ailleurs l'un de nous avait déjà remarqué des troubles analogues du squelette chez un sujet porteur d'un énorme angiome du bras.

A côté de ces phlébolithes minuscules, disséminés dans un paquet variqueux, voici des calcifications étendues d'une grosse veine superficielle de la jambe. Sur le cliché on remarque un long cordon opaque, sinueux et irrégulier, interrompu par endroits ; la plus grande portion siège à la face interne du mollet, un autre tronçon est un peu au-dessus de la malléole externe et un troisième croise cette malléole. Par endroits quelques points moins opaques montrent que les parties intermédiaires de la veine ne sont pas indemnes et que probablement le processus de calcification continue son évolution.

Ajoutons que cette malade a été examinée pour la première fois au moment où elle éliminait à travers la peau une petite masse dure ; on pense à un sequestre, consécutif à une inflammation chronique de l'os, peut-être d'origine syphilitique. La radiographie montra que le squelette était sain et qu'on se trouvait en présence d'une veine calcifiée.

Nous n'insisterons pas sur ces productions calcaires, qui sont des formations secondaires, accidentelles et relativement fréquentes, mais nous nous appesantirons davantage sur le cas de notre dernière malade, qui présente de nombreux granulomes calcaires sous-cutanés.

Le début de l'affection remonte à 10 ans ; à cette époque, à la face postérieure du bras droit, un peu au-dessus de l'olécrâne, est apparue spontanément une petite tuméfaction mollasse, bientôt suivie d'autres évolnant sans douleur appréciable. A la longue, la peau recouvrant certaines de ces productions prenait une coloration rouge, puis s'ulcérait, donnant issue à un liquide cireux, analogue à de la craie délayée dans de l'eau. Ces ulcérations ne tardaient pas à se réparer, laissant à leur place des cicatrices étoilées, légèrement déprimées.

Actuellement, à l'inspection des téguments, on voit de légères saillies, siégeant aux faces d'extension des membres et surtout aux coudes, où elles sont particulièrement nombreuses. A leur niveau la peau a gardé sa coloration normale ou est devenue légèrement rouge. La palpation permet de se rendre compte qu'elles sont dues à la présence de nodosités sous-cutanées. Les tumeurs ainsi décelables cliniquement sont de volumes variables, depuis celui d'un grain de plomb jusqu'à celui d'une grosse amande. Leur consistance est rénitente, demi-molle, analogue à celle des kystes sébacés. La plupart sont franchement adhérentes à la peau qui, au niveau des plus volumineuses, offre le piqueté d'une peau d'orange ; enfin elles sont sans connexion avec les tissus profonds, sur lesquels elles se déplacent facilement.

Notre exploration radiographique n'a porté, après examen général, derriere l'écran, que sur les régions paraissant les plus atteintes par le processus de calcification. Ces radiographies nous ont permis de constater, que les points calcifiés sont bien plus nombreux que ne le laissait supposer le seul examen clinique. Sur le cliché du coude et de l'avant-bras gauches, en particulier, on remarque de minuscules opacités, les unes arrondies, les autres vermiculaires. A côté de ces concrétions à leur début, nous en voyons d'autres plus avancées et disséminées dans le tissu cellulaire sous-cutané.

A l'avant-bras, ces concrétions se répartissent sous forme de gros grains arrondis, nettement isolés, s'étendant le long du bord postérieur du cubitus. Au coude, on remarque plusieurs amas de grains conglomérés, dont les ombres se superposent à celles des extrémités articulaires ; dans la même région, une concrétion lamelleuse semble s'être développée aux dépens de la bourse séreuse rétro-olécranienne.

La radiographie de la région similaire du côté droit montre également de nombreuses tumeurs calcaires, ayant sensiblement la même disposition, mais dont les masses sont plus volumineuses et plus confluentes, particulièrement au niveau du coude.

Aux membres inférieurs, les concrétions sont beaucoup moins abondantes : au genou droit, la radiographie montre au-devant de la rotule une ombre floconneuse, due à l'agglomération d'un certain nombre d'amas calcaires ; deux images semblables se projettent dans l'interligne articulaire, enfin deux petits nodules isolés, irréguliers de forme, apparaissent l'un au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, l'autre sur la ligne épiphysaire.

Enfin voici le radiogramme d'une concrétion siégeant à la partie moyenne de la région antérieure de la cuisse et par lequel nous nous sommes efforcés d'obtenir le maximum de détails. Autour du fémur on voit la masse musculaire, reconnaissable par sa teinte grise plus sombre que celle du tissu cellulaire qui l'entoure ; dans ce tissu cellulaire sous-cutané se trouve une masse ovalaire, remarquable par son opacité aux rayons. Le siège sous-cutané de cette concrétion est nettement révélé par la radiographie, ni les muscles, ni l'aponévrose n'ont participé au processus de calcification ; l'examen clinique l'indiquait d'ailleurs, puisque cette masse demi-molle était très mobile sur les plans profonds. En outre l'ombre de cette production pathologique est inégale, irrégulière et l'ensemble paraît dû à l'agglomération des masses plus petites.

Toutes ces radiographies montrent l'intégrité des os et l'absence de connexions entre le squelette et ces concrétions.

D'après l'examen clinique, amplement confirmé par la radiographie, il semble bien que nous nous trouvons en présence de cette affection curieuse, que les dermatologistes nomment granulomes calcaires sous-cutanés. Cette maladie, relativement rare, est surtout bien connue depuis une quinzaine d'années. Nous citerons les travaux de Milian (1), qui en a étudié les caractères cliniques et anatomo-pathologiques, et en a tracé très nettement le cadre nosologique. Nous avons retrouvé dans la littérature médicale un certain nombre de cas semblables aux nôtres, en particulier dans les thèses de Profichet (2) et de Bayle (3), qui ont chacun rapporté quelques observations recueillies dans des publications françaises et étrangères. Récemment dans les *Annales de dermatologie*, Thibierge et Weissenbach (4) ont publié l'étude détaillée d'une malade, présentant de nombreuses concrétions calcaires sous-cutanés, mais chez laquelle le processus de calcification dermique et hypodermique avait évolué successivement ou parallèlement à une sclérodermie généralisée. Ces auteurs, s'appuyant sur leur observation et sur 8 cas analogues publiés antérieurement, ont mis en relief l'association des symptômes de ces deux processus sous-cutanés et ont montré, que quelquefois la calcification dermique pouvait être considérée comme un épiphénomène au cours de la sclérodermie. Ce n'est pas le cas chez notre jeune malade, qui ne présente ni acro-asphyxie des extrémités, ni sclérodactylie ni sclérodermie. Chez elle nous trouvons un exemple de la forme généralisée de granulomes calcaires sous-cutanés, surtout fréquente chez les sujets jeunes. Cette affection débute, souvent insidieusement, quelquefois à la suite d'un léger traumatisme, par une tuméfaction indolore ; dans la règle, de nouvelles formations, semblables à la première, se produisent à distance dans le tissu cellulaire sous-cutané, la généralisation s'effectuant lentement en quelques mois ou même en quelques années. Certaines tumeurs peuvent guérir spontanément par l'évacuation au dehors de leur contenu ; parfois elles durcissent et forment de véritables pierres, encastrées dans la peau. Cette maladie peut persister longtemps et mettre plusieurs années à évoluer. Il est des cas où la mort par cachexie est l'aboutissant de certains symptômes graves, tels qu'atrophies musculaires, raideurs articulaires, douleurs, fièvre. La pathogénie de cette affection n'est pas encore élucidée ; son origine parasitaire, soupçonnée par certains auteurs, n'a pas encore pu être confirmée : le début de la calcification paraît se faire dans différents tissus des téguments : glandes sébacées, glandes sudoripares, lobules adipeux, tissu conjonctif, bourses séreuses sous-cutanées.

Dans cette affection, surtout quand certaines nodosités se sont transformées en véritables pierres de la peau, le diagnostic se fait aisément sans le secours de la radiographie. Ce ne fut pas le cas pour notre malade, chez laquelle la consis-

(1) Milian, Hygromas calcifiés et granulomes sous-cutanés. *Presse médicale*, 29 décembre 1900.

(2) Proficuet, *Sur une variété de concrétions phosphatiques sous-cutanées (pierres de la peau)*. Thèse Paris, 1900.

(3) Bayle, Thèse Paris, 1904.

(4) Thibierge et Wiessenbach, Concrétions calcaires sous-cutanées et sclérodermie. *Annales de dermatologie*, mars 1911.

tance cireuse des tuméfactions sous-cutanées ne permettait pas d'en deviner la nature. En outre, la radiographie peut nous amener à certaines conclusions, que parfois l'examen clinique le plus approfondi ne pourrait laisser soupçonner.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel avec les tophi de la goutte, dont on connaît la perméabilité aux rayons de Rœntgen ; d'ailleurs le jeune âge de notre malade, ses antécédents et la localisation des nodules suffisaient amplement pour écarter cette affection.

L'opacité de ces productions pathologiques nous autorisait, malgré leur consistance pâteuse, à en soupçonner la composition, qu'une analyse chimique a montré en majeure partie inorganique.

Nos clichés nous ont permis de constater l'intégrité complète du squelette, qui ne présente ni décalcification, ni hypercalcification et dont la structure et le développement sont normaux ; nous ne sommes donc pas en présence d'un de ces cas curieux de calcification interstitielle universelle, affection remarquable par la décalcification osseuse et l'apparition de sels calcaires dans un grand nombre de tissus : tissu conjonctif souscutané, aponévroses, tendons, glandes lymphatiques. Chez notre malade rien de semblable, les ganglions du thorax et du médiastin, examinés à la radioscopie, nous sont apparus normaux : nos radiogrammes montrent l'intégrité absolue des insertions tendineuses et des tissus péri-articulaires, les aponévroses et les muscles sont également sains.

Mais nous insisterons sur le rôle de la radiographie pour révéler le grand nombre de points calcifiés ; grâce à elle nous pourrons déceler des nodules jeunes, au début de leur évolution, et qui cliniquement ne sont pas encore appréciables. Une biopsie, faite sur un de ces points, permettra, peut-être, d'examiner une lésion en voie d'activité et d'en élucider la pathogénie avec plus de sûreté que par l'étude d'un nodule ancien, où la maladie est éteinte. Ce rôle, que peut avoir l'exploration radiographique, est d'une grande importance dans une affection aussi obscure et chez laquelle le point de départ anatomique du processus de calcification est encore discuté et sans doute variable suivant les cas. (1).

(1) Soc. de radiol. médic. de Paris.

Un cas d'Appendicite à Oxyures

Par MM. les Docteurs Ch. GARIN
et A. CHARLIER

Depuis que Metchnikoff en 1901 a attiré l'attention médicale sur l'appendicite vermineuse, les cas se sont multipliés dans la littérature.

Le rôle du trichocéphale dans la genèse de cette affection fut le permier étudié. Mais l'oxyure prit bientôt place parmi les agents étiologiques de l'appendicite, grâce à de nombreux travaux. Nous nous bornerons à citer ceux de Ménétrier (1909) de Brumpt et Lecène (1909) et surtout de Brumpt et de G. Railliet (1910-1911).

Le nouveau cas que nous rapportons aujourd'hui fut opéré à la Charité par A. Chalier.

Il s'agit d'un garçon de 11 ans, Louis D..., de Veauche (Loire). Il entre à la Charité le 27 août 1912 dans le service de M. Vignard, suppléé par l'un de nous.

Scarlatine à 2 ans. A 9 ans, première crise appendiculaire subaiguë. Depuis, l'enfant souffre de temps en temps du ventre, de préférence dans dans la fosse iliaque droite ou la région ombilicale. Constipation habituelle. Troubles digestifs caractérisés par des périodes d'anorexie avec digestions lentes, flatulences, envies de vomir, dégoût des matières grasses.

Plusieurs traitements médicaux institués contre ces troubles digestifs chroniques ont échoué.

A l'examen : enfant robuste, bien musclé, mais au teint un peu jaunâtre, sans d'ailleurs le moindre ictère. Ventre souple, non météorisé, indolent dans tous les points, sauf dans la fosse iliaque droite. Là on sent un cœcum un peu distendu et au point de Mac Burney on détermine par la pression une sensation pénible assez accusée, de siège constant. A ce niveau, la palpation profonde fait manifestement sentir un petit cordon allongé, douloureux, que l'on considère comme étant, de par sa situation et ses caractères, l'appendice iléo-cæcal.

Rien autre d'ailleurs. Pas de fièvre.

On fait le diagnostic d'*appendicite chronique* avec troubles digestifs et l'on décide l'appendicectomie.

Cette *opération* est pratiquée le 29 août 1912. Par une incision de Mac Burney, on arrive sur un cœcum légèrement dilaté, aux parois un peu épaissies, mais lisses et régulières. On trouve un appendice postérieur, non adhérent, plutôt un peu court, et renflé modérément à son extrémité libre. Appendicectomie. Ligature et enfouissement du moignon. Bonne réfection de la paroi.

Suites simples. Guérison par première intention. L'enfant quitte la Charité le 13 septembre 1912, ne souffrant plus du ventre et digérant bien.

Examen de l'appendice enlevé. L'appendice enlevé, long de 5 cm. 1/2 environ, est renflé en spatule à son extrémité libre. Toute la moitié inférieure du conduit est complètement oblitérée. L'autre moitié présente une muqueuse épaissie, avec quelques exulcérations. Au fond du conduit on trouve un petit calcul stercoral du volume d'un pois et, enroulés plus ou moins autour de lui, deux petits vers qui macroscopiquement paraissent être des oxyures (1).

L'appendice ouvert, envoyé au laboratoire de parasitologie, présente, à a loupe, trois oxyures femelles dont l'une paraît fixée dans la paroi.

La pièce est alors divisée en plusieurs fragments qui furent inclus à la paraffine et entièrement débités en coupes sériées.

Sur les centaines de coupes obtenues, sept ou huit seulement montrent le parasite fixé au centre d'un follicule clos.

Le nématode est entouré de cellules lymphatiques et de globules de pus. A distance la muqueuse est érodée et absente. Il y avait là un abcès superficiel qui s'est vidé dans la cavité de l'appendice et dont la partie la plus profonde, où se trouve le parasite, seule persiste.

L'examen de pareils documents ne permet plus de nier le rôle pathogène de l'oxyure dans la production de certains cas d'appendicite.

Le parasite n'agit pas directement, mais par l'intermédiaire des microbes pathogènes qu'il inocule dans la paroi appendiculaire.

Nous attirons également l'attention sur ce fait que l'oxyure n'attaque pas la muqueuse à la façon du trichocéphale. Ce dernier s'enfonce au travers de la muqueuse, dans la sous-muqueuse, à la recherche d'un vaisseau sanguin qu'il perfore pour se nourrir de sang. L'oxyure au contraire n'est pas hématophage ; ce parasite pénètre dans une glande et digère les cellules épithéliales de celle-ci. Le foyer d'inflammation et de suppuration primitif se fait donc dans ce cas au fond d'un tube glandulaire et autour de lui. L'abcès d'origine trichocéphalienne se fait au contraire dans un petit foyer hémorragique sous-muqueux (1).

(1) Interrogés au sujet de la présence possible chez leur enfant de vers intestinaux, les parents disent bien que Louis D... avait fréquemment des démangeaisons à l'anus, mais ils ne peuvent préciser depuis quand. Ils n'ont pas, d'autre part, examiné les matières fécales.

Sur nos conseils, ils lui ont fait prendre le 20 septembre 1912 au soir 0 gr. 05 de santonine et un lavement sucré et le lendemain matin 30 grammes d'huile de ricin. Il y eut de ce fait une abondante évacuation de petits vers dans les matières.

D'après une lettre de son père, datée du 20 octobre 1912, « l'enfant ne ressent presque plus de démangeaisons, l'appareil digestif fonctionne bien, le gras des aliments, notamment, ne le répugne plus, l'envie de vomir l'a quitté et il a pris meilleure figure. »

(1) Voir pour la biologie de l'oxyure Ch. GARIN : l'opération, le mode de nutrition et le rôle pathogène de l'oxyure vermiculaire. *Progrès Médical*, janvier 1912.

REVUE CLINIQUE

Résultats éloignés de l'Opération de Franke

Par MM. MOURIQUAND et COTTE

L'opération de Franke dans les crises gastriques du tabes a été l'objet dernièrement de sévères critiques. Dans une étude récente, Sicard et Leblanc (2) n'hésitaient pas à dire qu'elle est inutile et dangereuse.

Elle est inutile si l'on se borne à prendre le nerf intercostal près de la colonne vertébrale, sans découvrir le trou de conjugaison, car on ne réussit pas à arracher le ganglion rachidien. Le nerf intercostal se rompt à une distance d'un demi à un centimètre du ganglion, quel que soit le numéro de la paire intercostale, siège de l'expérience. Elle est dangereuse si l'on sectionne les ligaments costaux transversaires et qu'on libère le trou de conjugaison, car dans ces conditions l'arrachement ganglionnaire produit certains désordres anatomiques. Sur la dure-mère en particulier, il se produit des pertes de substance très importantes.

A la même séance, Déjerine et Tinel citaient deux cas de mort par pneumothorax double sur la table d'opération et concluaient ainsi à la gravité de l'intervention.

Ayant eu récemment l'occasion de faire l'autopsie du malade que nous vous avions présenté l'an dernier, il nous a paru intéressant de communiquer les résultats que nous avons obtenus sur les crises gastriques et d'étudier à ce sujet les critiques formulées contre cette intervention qui reste, ainsi que nous l'avons dit, une des plus bénignes que l'on puisse opposer aux crises gastriques du tabes.

OBSERVATION. — Nous serons brefs sur l'histoire clinique de notre malade. Entré à l'Hôtel-Dieu le 6 janvier dernier dans le service de M. Bérard pour des accidents d'infection urinaire, il succomba huit jours après.

A l'interrogatoire, il se déclarait très satisfait de l'intervention qu'on avait pratiquée chez lui, car depuis sa sortie de l'hôpital il n'avait eu que *trois crises gastriques* et il affirmait nettement que *celles-ci avaient été beaucoup moins violentes et beaucoup moins longues* que celles qu'il avait eues antérieurement. Aux poumons, il existait des signes de bacillose en pleine évolution ; le malade présentait, en outre, des signes de pyélonéphrite évidents.

L'anesthésie de la paroi au niveau de la zone énervée avait complètement disparu. Dans toute la zone où nous avions noté antérieurement des troubles de la sensibilité, il n'y avait plus maintenant la moindre hypoesthésie. Le malade percevait très bien toutes les sensations au tact, à la piqûre et à la chaleur. Il distinguait sans hésiter le chaud du froid. Mais il trouvait seulement moins de différence qu'avec les mains entre le très chaud et le très froid. La paroi abdominale ne paraissait pas distendue à la suite de son énervation et les muscles droits, en particulier, ne paraissaient pas parésiés.

L'examen complet du malade était difficile à faire car l'état général était fort mauvais. Bientôt, d'ailleurs, le malade succomba dans un état de marasme considérable après avoir pré-

(2) SICARD et LEBLANC. Remarques anatomiques et cliniques sur l'opération de Franke dans les crises gastriques du tabes et les algies postzostériennes. Société de Neurologie de Paris, 27 juin 1912. *Revue neurologique*, n° 15, 15 août 1912.

senté pendant dix-huit heures des signes de coma presque absolu.

L'autopsie, pratiquée le 15 janvier, nous permit de faire les constatations suivantes :

Dans la cavité thoracique, les plèvres présentaient des deux côtés des adhérences fort étendues ; les poumons étaient atteints dans toute leur étendue de lésions bacillaires avec de nombreuses cavernes et un empyème enkysté de la base droite. Dans le péricarde, 100 grammes de liquide citrin. Rien au cœur ; quelques plaques gélatineuses sur l'aorte.

Dans l'abdomen, ascite en quantité assez notable avec quelques exsudats organisés dans la région sus et sous-hépatique et sur le côlon ascendant. L'estomac ne présentait aucune dilatation paralytique et son bord inférieur était à 10 centimètres au-dessus de l'ombilic.

A côté des nerfs intercostaux, la chose qui nous frappa tout d'abord c'est qu'au lieu d'avoir arraché, les 7, 8, 9, 10 et 11es nerfs des deux côtés, nous nous étions trompés dans le numérotage des parois intercostales, et, en réalité, nous avions fait notre intervention sur le 6-10 intercostaux : nous reviendrons tout à l'heure sur ce point.

En disséquant les nerfs sur la plèvre on voyait que *du côté gauche*, le 11e était intact, le 10e, arraché avec son ganglion, manquait complètement, le 9e, qui s'était cassé dans la plaie, était facile à retrouver à la partie interne de l'espace intercostal. Les 8e, 7e et 6e nerfs étaient représentés par des cordons assez grêles que nous avons disséqués pour les enlever en même temps que la moelle et dont l'étude sera faite ultérieurement.

Du côté droit, constatations analogues. Le 6e et le 7e nerfs manquaient ; le 9e qui avait été cassé au moment de l'intervention, le 10e et le 11e étaient impossibles à découvrir : il existait de ce côté une telle pachypleurite que nous ne pûmes arriver à retrouver les troncs nerveux.

Du côté de la moelle, nous avons prélevé en totalité au niveau de la lésion dorsale les méninges, les ganglions et les nerfs intercostaux. La pièce a été examinée avec soin par M. Bériel, qui a bien voulu se charger de prélever pour l'examen histologique les ganglions et les segments de moelle correspondants aux nerfs arrachés. Nous laissons donc de côté pour l'instant les lésions qui peuvent être le fait de cette intervention.

Les éléments que nous avons maintenant suffisent à répondre aux critiques formulées contre l'opération de Franke.

Nous ne nous attarderons pas à discuter ici les dangers qui peuvent résulter d'une faute opératoire ou d'une ouverture accidentelle de la plèvre. S'il est vrai que les nerfs intercostaux cheminent au contact de la séreuse, ils en sont toujours séparés au point où porte l'arrachement par l'aponévrose intercostale interne, et avec un peu d'habitude il est facile d'éviter l'ouverture de la séreuse. Voyons donc seulement les effets produits par l'intervention : les ganglions peuvent-ils être arrachés avec le nerf ? Que faut-il penser des déchirures de la dure-mère qui se produisent dans ces conditions ?

Sur le *premier point*, nous concluons contrairement à Sicard qu'il n'est pas besoin d'aller sectionner le ligament transversaire pour arracher le ganglion, sans doute lorsque ce ligament est coupé l'arrachement du ganglion est plus aisé.

Les recherches anatomiques que nous avons faites avec M. Leriche nous ont montré qu'en prenant le nerf à 5-6 centimètres de la ligne des apophyses épineuses, on peut dans quelques cas arracher le ganglion. Celles-ci se sont trouvées confirmées par ce fait que dans l'intervention pratiquée chez ce malade, nous avons ainsi arraché deux ganglions. Ces ganglions ont été examinés histologiquement par M. Regaud : cet examen n'avait pas encore été fait quand nous avons présenté ce malade à la Société médicale des hôpitaux. Devant le silence que nous avons gardé à ce sujet, M. Sicard en avait déduit que l'examen histologique n'ayant pas été fait, on ne pouvait affirmer que nous avions arraché ces ganglions.

A l'heure actuelle, à la preuve histologique que nous apportons, il est facile d'ajouter les constatations anatomiques que nous avons faites. Les réserves que nous avons signalées tout à l'heure au sujet du numérotage des racines étant faites, nous avons vu nettement que les deux ganglions arrachés manquaient effectivement. A leur niveau il existait sur la dure-mère une petite tache cicatricielle, rosée, qui représentait manifestement la trace des déchirures signalées par Sicard : mais celles-ci, à la hauteur des deux ganglions arrachés était *nettement cicatrisée* : M. Bériel vous donnera le résultat de l'examen de cette partie de la dure-mère en même temps qu'il vous apportera le résultat de ses examens sur les segments de moelle correspondants.

Au point de vue pratique nous voulons seulement retenir ici que *l'opération de Franke est utile et qu'elle n'est pas dangereuse*.

A l'heure actuelle, sur les quatre interventions qui ont été pratiquées ici, il n'y a aucun décès opératoire. Quant aux résultats éloignés, ils ont toujours été assez satisfaisants. Sans doute, tous les malades opérés n'ont pas retiré de l'opération de Franke un résultat définitif, et nous avons montré nous-mêmes, l'an dernier, que pour avoir des résultats plus complets il fallait faire une intervention beaucoup plus étendue que celle qui avait été préconisée par Franke. Chez notre malade nous voyons que si les crises gastriques ont récidivé, elles ont été, après l'intervention, beaucoup moins violentes et beaucoup moins longues, et il n'est pas douteux, qu'à ce point de vue, il n'ait retiré un réel bénéfice de cette intervention.

En terminant, nous ajouterons qu'au point de vue opératoire, il importe de bien repérer avant l'opération les espaces intercostaux au niveau desquels on doit arracher les nerfs. Lorsque la 12e côte est courte, elle peut être difficilement sentie à l'examen.

La 11e côte est prise pour la dernière et le 12e nerf est laissé en place. Cette erreur est d'ailleurs d'autant plus facile à commettre que du côté des espaces supérieurs, l'omoplate est déjetée en dehors par l'attitude qu'on est obligé de donner au malade et que sa pointe ne repère plus la 7e côte (1).

(1) Soc. médic. des hôp. de Lyon.

REVUE DE PATHOLOGIE

Sur l'Encéphalite tuberculeuse

Par M. le Docteur L. BLERIEL

On a signalé depuis longtemps, dans les méningites, les lésions du tissu nerveux sousjacent ; il est même notable de remarquer que la notion de l'encéphalite a précédé celle de la méningite ; Broussais et ses élèves n'admettaient pas cette dernière en tant qu'entité anatomique ; Calmeil ne voyait en elle qu'une encéphalite diffuse.

Notre manière de voir a profondément changé depuis lors. On a toutefois continué à étudier, particulièrement dans la méningite tuberculeuse, les altérations du cortex secondaires à l'inflammation des enveloppes. Dès 1885, Leichtenstein indiquait qu'il avait souvent rencontré, dans des méningites aiguës, des foyers coexistants d'encéphalite. L'étude de ces altérations a été reprise maintes fois depuis ; on trouverait l'indication de plusieurs de ces travaux dans la thèse de Thomas (2), et, plus récemment dans la monographie de Raymond (1), ou dans les traités classiques ; mais c'est seulement depuis peu qu'on a entrepris systématiquement l'étude des encéphalites tuberculeuses sans méningite ou avec méningite atténuée ; les premières études à ce sujet remontent à 1897 (Gangitano) ; et c'est très exceptionnellement qu'on a rapporté des observations d'encéphalite tuberculeuse non folliculaire, avec ou sans bacilles dans le tissu cérébral (Raymond et Cestan, Alquier et Baudouin, Bombici, Gougerot, (2).

Le problème qui divisait, dès la première moitié du siècle dernier, les élèves de Broussais et leurs contradicteurs (Le Diberder, 1837 (3), persiste encore à l'heure actuelle pour ces encéphalites. Lorsque, dans une « méningite » tuberculeuse, il coexiste des lésions cérébrales, quelle est la modification la première en date ? quelle est celle qui a le pas sur l'autre ? La question paraît fort malaisée à résoudre, puisque des altérations principalement encéphaliques peuvent atteindre secondairement la méninge, puisque au contraire des injures méningées peuvent produire secondairement des altérations cérébrales, même à distance (4). Mais, en réalité, cette question est oiseuse ; car les processus inflammatoires sont toujours en fin de compte sous la dépendance de la circulation et, de ce fait, généralement à point de départ méningé. Il paraît donc plus simple dans la pratique de se contenter de qualifier d'encéphalitiques les lésions prédominant sur le tissu nerveux et de méningitiques celles qui altèrent principalement la séreuse à l'exclusion du tissu sous-jacent. Conformément à l'idée exprimée par Raymond, même lorsque des altérations profondes dépendent d'une irritation méningée, lorsqu'elles sont dues à la propagation artérielle de l'agent irritant, elles deviennent en réalité des lésions véritablement primitives (5).

L'observation suivante est un exemple d'atteinte tuberculeuse à considérer de cette façon ; la prédominance des altérations cérébrales sur des modifications méningées discrètes en fait véritablement une « encéphalite » tuberculeuse. L'allure clinique de la maladie, — ce point de vue devant être considéré lorsqu'il s'agit de classer un fait, — confirme cette interprétation.

Il s'agissait d'un jeune homme de 30 ans, qui s'était présenté à ma consultation en se plaignant de maux de gorge ; il avait en réalité un aspect hébété, de la stupeur ; ses réponses étaient incohérentes, on ne pouvait obtenir de l'interrogatoire aucun fait précis. Il toussait et avait une oppression légère ; mais à part quelques râles de bronchite diffuse, on ne trouvait aucun signe somatique ; il n'existait en particulier aucun indice de méningite : ni raideur, ni Kernig, ni modifications pupillaires, ni céphalée ou vomissements, ni troubles du pouls ou de la respiration ; il n'y avait non plus aucun trouble moteur ou sensitif. M. Lannois voulut bien l'examiner aussitôt en raison des phénomènes laryngés dont se plaignait le sujet. On ne trouva de ce côté aucune lésion notable. M. Rendu, interne de la clinique d'oto-rhinolaryngologie, nous remit la note suivante : très petite ulcération de la corde vocale gauche et un peu de limitation des mouvements d'adduction des cordes ; nulle part d'infiltration tuberculeuse ; en somme peu de chose. Le sujet se pré-

(2) Thomas. Essai sur les altérations du cortex dans les méningites aiguës. *Th. de Lyon*, 1902.

(1) Raymond. L'encéphalite aiguë et subaiguë. In *Pathologie nerveuse*. Paris, 1910.

(2) Gougerot Encéphalite aiguë bacillaire non folliculaire. *L'Encéphale*, 1909, I, p. 236.

(3) Le Diberder . *Th. de Paris*, 1837. Cet auteur est un des premiers qui ait accorde la preponderance aux lesions des enveloppes sur les lésions cérébrales dans les méningites tuberculeuses.

(4) Claude et Lejonne. Lésions encéphalitiques experimentales par irritations méningées. *Soc. de Biologie*, 27 mars 1902. Ces auteurs ont pu, par des irritations locales de la meninge, produire des foyers d'encéphalite à distance.

(5) Raymond. Loc. cit., p. 239.

sentait donc surtout avec des symptômes psychiques et paraissait atteint d'un léger degré de confusion mentale, toxique ou infectiense. Par suite d'un malentendu, il fut reçu dans le service de M. Bret et mourut le même jour dans le coma, sans qu'on ait eu le temps de faire un examen plus complet. En particulier on n'avait pu faire l'examen du liquide céphalo-rachidien.

M. Bret ayant bien voulu me permettre de faire l'autopsie, on constata au sommet du poumon gauche une petite caverne (noix) avec une granulie à granulations déjà grosses, paraissant dater de quelques semaines; rien dans les autres viscères. Au système nerveux les lésions suivantes : liquide méningé un peu plus abondant qu'à l'état normal; quelques traînées légèrement louches, très discrètes, sur la convexité et la base, nulle part d'exsudat fibrineux ou purulent; par une recherche très attentive on arrive à déceler par l'examen des méninges sous l'eau trois ou quatre petites granulations. Sur les coupes de Pitres, par contre, on est frappé de l'existence d'altérations corticales et sous-corticales; ce sont, dans le tissu avoisinant le fond des scissures de Sylvius, des deux côtés, des foyers jaunes ou hémorragiques confluents dépassant les limites du cortex en profondeur, formant par endroits des amas bigarrés étendus en surface sur plusieurs centimètres; on en retrouve d'analogues, plus restreints, dans le fond des sillons de la face externe du lobe occipital gauche. Sur ces coupes macroscopiques, la méninge, dans les points où elle a été laissée adhérente, se montre notablement plus envahie et épaissie dans le fond des sillons qu'elle ne l'était à l'extérieur.

Les coupes histologiques pratiquées en différents points dans ces zones encéphalitiques, ont montré des altérations inflammatoires intenses et profondes; on note dans la méninge des exsudats de petites cellules rondes avec un réseau fibrineux délié, enfin des altérations vasculaires (infiltration pariétale, endartérite); mais dans le tissu nerveux, les altérations sont encore plus marquées. La couche moléculaire est complètement détruite et remplacée par un amas granuleux, d'aspect caséeux, avec une infiltration cellulaire dense sur ses limites; au delà, le tissu de l'écorce est complètement modifié; les cellules nerveuses sont détruites, il existe une exsudation de cellules inflammatoires considérable, en bandes ou en gaines le long des vaisseaux dilatés; on trouve enfin dans cette zone de nombreux foyers d'infiltration globulaire. Plus profondément, la substance blanche montre encore des atérations de même ordre avec de grosses lésions vasculaire, voire même des artères oblitérées. En résumé, encéphalite aiguë, à la fois diapédétique, hémorragique et nécrobiotique. Malgré l'absence de lésions folliculaires, la nature tuberculeuse est manifeste, à raison des caractères des lésions méningées à l'œil nu, et des constatations faites sur le poumon. J'ai cherché sur diverses préparations à déceler des bacilles, mais en vain; mais on sait assez que la présence de microbes est rarement constatée, même dans les lésions les plus certainement infectieuses de l'encéphale, et qu'en particulier la constatation de bacilles tuberculeux n'a été faite qu'exceptionnellement.

Ce fait apporte un document à la connaissance des encéphalites tuberculeuses; par contre il ne permet pas de prendre parti avec certitude dans la question de la pathogénèse proprement dite. On a invoqué pendant longtemps, pour expliquer la formation des foyers sous-jacents aux méningites tuberculeuses, de simples troubles vasculaires. Depuis on a reconnu qu'il s'agissait souvent d'une véritable propagation au tissu cérébral. Il parait indéniable ici qu'il s'agit d'un processus inflammatoire vrai, par envahissement de l'écorce et des couches profondes; mais il n'est pas possible de dire s'il s'agit là d'une atteinte toxinique ou véritablement microbienne. L'absence de bacilles constatables sur les coupes ne permet pas, comme on sait, d'exclure la seconde hypothèse; et, d'autre part, nous ne sommes pas encore en mesure de décider quelles altérations peuvent produire respectivement les bacilles ou leurs toxines. La connaissance des encéphalopathies tuberculineuses (1) est encore à l'étude (2).

(1) Voy. les travaux de ARMAND-DELILLE. *Th. de Paris*, 1903 — GAUTRIER. *Th. de Lyon*, 1908; — J. LÉPINE. *Revue de médecine*, 1908; — LYONNET. *Revue de médecine* (mémoire en l'honneur du Prof. Lépine), 1911.

(2) Soc. médic. des hôp. de Lyon.

Le rôle possible du mercure dans la pathogénie du cancer

Des observations de longue date ont montré à M. Odier, que rien n'était plus dangereux pour les cancéreux que de leur faire suivre un traitement antisyphilitique; l'auteur vient de retrouver chez plusieurs malades, du mercure qu'il a pu retirer par le procédé de l'amalgame.

Il s'agissait d'épithéliomas du sein et de cancers de la langue.

Dans un des 3 cas de cancer du sein, il a été impossible de retrouver dans les antécédents de la malade un traitement mercuriel quelconque..

Chez l'une des 2 autres patientes, on avait pratiqué des frictions d'onguent gris pour péritonite sept ans auparavant, et la troisième avait reçu des injections d'huile grise, quatre ans plus tôt.

Quatre malades atteints de cancers de la langue, qu'il a examinés depuis que son attention a été attirée sur ce sujet, avaient tous été soumis à des traitements mercuriels et chez un de ces patients seulement ce traitement avait été institué pour une leucoplasie.

L'irritation que produit le mercure sur la cellule épithéliale lui a paru de toute évidence. Il semble que d'ores et déjà il y ait intérêt à pousser les recherches dans cette direction, afin de savoir si le mercure et ses sels, que l'on administre si copieusement et d'une façon croissante, dans la thérapeutique moderne, ne jouent pas un rôle important dans la genèse du cancer.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

La Toux émétisante des tuberculeux

D'après M. le Dr Gaston Lyon, ancien chef de clinique à la Faculté, le meilleur traitement de la toux émétisante des tuberculeux consiste dans l'*association de l'eau chloroformée et des inhalations d'oxygène*. On peut encore alterner l'emploi de l'eau chloroformée avec celui de la morphine et du laudanum, ou bien encore de la cocaïne.

D'autre part, l'influence du traitement général de la tuberculose n'est nullement négligeable.

Le *repos*, l'*aération* ont une action favorable sur la toux émétisante comme sur les autres symptômes.

De plus, le *régime* a son importance. Il faut éviter les mets épicés, l'alcool, boire peu au cours des repas et quelques gorgées de boissons chaudes à la suite.

Il faut encore, pour faciliter l'évacuation gastrique, adopter le *décubitus latéral droit après le repas*, pendant au moins une demi-heure, précaution sur laquelle insiste avec raison H. Paillard.

Ces divers moyens, presque toujours utiles dans les toux émétisantes du début, échouent souvent chez les tuberculeux avancés.

Entre autres raisons, il en est une que donne l'anatomie pathologique ou plutôt la radiologie. Les malades respirent presque exclusivement avec leurs bases pulmonaires, d'où compression par l'estomac distendu après le repas, dyspnée, suivie de toux émétisante.

Cette explication (refoulement par l'estomac distendu) est peut-être également valable, à mon avis, pour les cas de début?

Chez les malades à toux absolument incoercible, l'*inhalation d'oxygène* est le seul moyen de soulagement.

REVUE DE PHYSIOLOGIE

La perméabilité du rectum aux albuminoïdes

Par M. G. STOICESCO

Les fâcheuses réactions sériques produites chez l'homme par l'usage prolongé de divers sérums thérapeutiques ont conduit à la recherche d'une voie élective par laquelle les sérums introduits puissent être absorbés sans donner suite à des accidents anaphylactiques.

L'innocuité bien établie de l'administration rectale des sérums encourage à utiliser couramment cette forme d'intervention, dont la valeur reste cependant discutée.

Déjà Vallée et Finzi ont établi que les anticorps du sérum antituberculeux, qu'étudie le premier de ces auteurs, sont absorbés par la muqueuse rectale chez diverses espèces, puisqu'on les retrouve à la faveur des réactions de précipitation dans le sérum de ces espèces (1). Bernard, Debré et Porak ont aussi montré que, chez l'homme, la présence de l'albumine hétérogène dans le sang circulant, après lavement de sérum équin, est fréquente (2).

A notre tour, nous avons institué sur cette question une série d'expériences, nous proposant de rechercher par l'épreuve de l'anaphylaxie passive le passage par la muqueuse rectale des albumines introduites. Nos essais ont porté sur le chien et nous avons utilisé le même sérum employé déjà par Vallée et Finzi, Bernard, Debré et Porak, pour leurs recherches. Voici, particulièrement démonstratives, deux de nos expériences :

I. — Un chien de 13 kilogrammes reçoit par voie rectale 10 c.c. de sérum de cheval hypervacciné contre la tuberculose selon le procédé de Vallée. Huit heures plus tard, l'animal est saigné. Son sérum renferme les précipitines apportées par le lavement sérique puisqu'il précipite les dilutions de tuberculine. Ce sérum est, par ailleurs, injecté à 20 cobayes dans le but de les anaphylactiser. Ces animaux, éprouvés ensuite par voie veineuse, se révèlent hypersensibles au sérum de *cheval*, témoignant ainsi du passage de ce sérum à travers le rectum du chien.

II. — Un chien de 23 kilogrammes reçoit, par voie rectale, 100 c.c. du même sérum de cheval précédemment utilisé. Des prélèvements de sang sont effectués sur l'animal vingt-quatre et soixante-douze heures après l'intervention. Le sérum provenant de ces saignées est injecté à des lots de cobayes que l'on éprouve, dans les délais nécessaires, à l'aide de sérum équin. Ces épreuves établissent l'état d'anaphylaxie de tous ces sujets, qui se révèlent mieux hypersensibilisés par le sérum de la première récolte que par celui du second prélèvement.

L'absorption des sérums hétérologues par la voie rectale ne saurait donc faire de doutes et, à la faveur des réactions anaphylactiques, il nous paraît établi que leur présence dans l'organisme traité n'est point aussi fugace qu'on pouvait l'estimer (1).

(1) H. Vallée et G. Finzi. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, t. LXXII, 1911.

(2) L. Bernard, R. Debré et R. Porak. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, t. LXXIII, 1912, p. 207.

(3) Soc. de biologie.

REVUE DE CHIRURGIE

Résultats éloignés de l'intervention pour kystes hydatiques du poumon

Par M. TUFFIER
Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris

J'ai opéré 8 kystes hydatiques des poumons. Chez 4 malades, l'affection était unique ; chez 2 autres, il existait des kystes multiples.

J'envisagerai uniquement dans cette question les *résultats éloignés* de l'intervention et les cas de *kystes pulmonaires multiples*. Si je laisse de côté l'indication opératoire et la technique, c'est que nous nous entendons à peu près tous sur ces points. L'*expectation*, la *ponction*, l'*incision* ont été discutées longuement dès mon premier mémoire de 1897 et la thèse de mon élève Pasquier. Les accidents consécutifs à la ponction, accidents dus soit à un œdème pulmonaire, soit à une toxémie, ont été terribles dans un des cas que j'ai rapportés ici ; leur fréquence doit faire abandonner cette méthode.

Cependant, certains médecins ont vu des exceptions à cette règle ; c'est ainsi que Galliard (1) a publié un remarquable exemple de ponction suivie de suppurations, de vomissements et de guérison. Il est vrai que la première ponction était dirigée contre un épanchement pleural et non comme méthode de traitement du kyste qui fut trouvé. En face d'un kyste petit et parfaitement limité, dont les radiographies successives montrent le volume constant, l'expectation était pour moi une règle jusqu'à l'époque actuelle, où la simplicité de l'intervention et la facilité d'une exérèse radicale avec réunion complète et la rapidité de la guérison m'ont permis d'en rappeler de cette conclusion.

Voici les *résultats éloignés* que je puis vous signaler.

Le 24 Mai 1897, il y a quinze ans et demi, j'ai opéré à la Pitié un homme de vingt-trois ans atteint d'un kyste hydatique de la base du poumon gauche. La poche était ouverte dans les bronches depuis deux mois et cette ouverture s'était accompagnée d'anxiété respiratoire et de suffocation ; l'expectoration, d'abord claire, était devenue puriforme. L'incision du kyste après l'extraction des membranes et le drainage furent suivis de guérison ; il s'agissait d'un acéphalocyste.

J'ai revu ce malade et je vous le présente. Vous voyez à la base et en arrière du thorax, à gauche, une large cicatrice, qui n'est ni douloureuse ni gênante ; le malade est en parfaite santé, il n'a jamais eu d'accident quelconque depuis quinze ans ; la radioscopie comme l'auscultation montrent l'intégrité du parenchyme pulmonaire ; j'ajoute que le thorax a conservé sa forme. Il n'existe aucun trouble fonctionnel, pas de dyspnée d'effort. Ce résultat, analogue à celui dont ont parlé nos collègues Savariaud et Potherat, n'a pas lieu de nous surprendre ; il est dû au mode de réparation des pertes de substance ou des compressions pulmonaires.

Nous connaissons à cet égard trois modes de réparation : l'un pulmonaire, l'autre thoracique, le troisième un peu spécial et que je décrirai. Dans le premier, le poumon seul fait les frais du remplissage, qu'il y ait compression ou destruction, le parenchyme sain subit une ampliation qui comble le vide thoracique. L'expérimentation et la clinique sont d'accord sur ce point, et il est même curieux de voir la rapidité du processus, l'étendue que peut acquérir cette ampliation. Elle nécessite un parenchyme sain et libre. Il semble vraiment dans ce cas qu'elle n'a pas de limite et qu'un seul lobe peut remplacer les deux lobes absents. Aussi, malgré les dimensions énormes de la cavité ouverte, le poumon a suffi à combler la brèche sans déformation du thorax. L'obstacle à cette réplétion, c'est la non extensibilité du poumon, soit par brides prépulmonaires, soit par rétraction intrapulmonaire. Je viens de constater un cas curieux de cette ampliation progressive du poumon sain. J'ai fait cette semaine, à Beaujon, une résection du lobe supérieur du poumon droit pour une suppuration à foyers multiples avec sclérose. Or, pendant l'opération, ce lobe rétracté et sclérosé, petit, avait entraîné la scissure interlobaire vers la partie supérieure du thorax où, anatomiquement, elle est inconnue.

Le second mode de réparation, qui n'a lieu qu'à défaut du premier, est *la rétraction du thorax*, qui s'aplatit et, chez les enfants, tend à faire chevaucher les côtes les unes sur les autres ; il a le grand inconvénient, chez les jeunes, de déformer le thorax et la colonne vertébrale.

Le troisième mode de réparation est peu connu : c'est l'épidermation des cavités intrapulmonaires. Je n'ai constaté qu'une seule fois ce processus, mais les résultats qu'il donne sont valables, car, depuis douze ans, j'ai pu les suivre avec Dieulafoy et mon ami Carron de la Carrière. La cavité intrapulmonaire suppurée gauche ouverte après résection costale ne se combla pas. Ni l'expansion des lobes sains ni l'affaissement du thorax ne se produisirent. La cavité, cependant souple et extensible, par les efforts de toux, fut peu à peu envahie par l'épiderme cutané, qui peu à peu s'avança à une profondeur de trois travers de doigt jusqu'au contact d'une bronche ouverte au fond de l'excavation, et cela malgré toutes nos tentatives pour empêcher cet envahissement. Il se forma ainsi à travers la plaie thoracique une cavité épidermisée dont le fond est à 6 centimètres et le diamètre mesure environ 4 à 5 centimètres. Par la toux ou l'effort, ses parois arrivent à se toucher. Il n'existe aucun trouble fonctionnel, aucune gêne. Cette jeune fille est actuellement une jeune mère et le reste du squelette, son thorax, sa colonne vertébrale et son bassin n'ont pas la moindre déviation. Le professeur Bar vient de l'accoucher et me l'a affirmé.

Comme autre résultat éloigné, il faut signaler un médecin des Canaries que j'ai opéré en 1896 avec Terrier ; il avait un énorme kyste du lobe inférieur gauche, qui fut extrait ; il guérit. J'ai eu pendant six ans des nouvelles de ce malade qui était en bonne santé, mais j'ai su que plusieurs années après il expectorait de temps en temps des membranes hydatiques ; il est donc probable qu'il existait un autre kyste pulmonaire. La radiographie n'a pas été faite à cette époque.

En tout cas, les résultats de l'intervention furent parfaits.

En somme, nous pouvons conclure que les interventions pour kystes hydatiques donnent de *bons résultats à longue échéance*, et que nous sommes autorisés à faire bénéficier nos malades d'une intervention radicale.

Voici maintenant une observation de *kystes hydatiques multiples* des deux poumons.

Si nous voulions traiter cette question, il faudrait la scinder en deux chapitres : 1° kystes multiples d'un seul poumon ; 2° kystes des deux poumons. Au point de vue des temps opératoires, cette distinction créerait peut-être des indications spéciales : les premières permettant une seule séance d'intervention, les autres nécessitant probablement des opérations successives. La femme dont voici l'histoire avait des kystes hydatiques dans les deux poumons et un kyste du foie.

Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, habitant Alger et mère d'un de nos confrères de l'armée ; je l'ai opérée le 7 janvier 1911. Les accidents qui me l'amenèrent avaient été complexes, et avaient longtemps fait errer le diagnostic. Ils étaient caractérisés par des *accès fébriles* datant de plusieurs mois, accès intermittents survenant par périodes et qui furent d'abord regardés comme des accès palustres. Ils avaient affaibli cette malade progressivement, puis un *point de côté droit* hépatique avait localisé l'affection. Une radiographie avait été faite : elle avait décelé plusieurs kystes pulmonaires arrondis, lisses, à bords parfaitement limités, deux à gauche, deux à droite, à localisation difficile entre le foie et le poumon. Une vomique claire était venue affirmer la question en montrant au microscope des crochets hydatiques. Peu à peu l'état fébrile devenait chronique, la faiblesse était grande, on amena la malade à Paris.

Je l'examinai et mon collègue Dévé, de Rouen, fut également consulté au sujet d'une intervention. L'état général était peu encourageant, la malade était cachectique, l'auscultation ne donnant aucun renseignement ; seule la radiographie, maintes fois répétée et toujours identique, montrait dans le *poumon gauche deux tumeurs*, l'une du volume d'une mandarine, un peu au-dessus du milieu du poumon, l'autre du volume d'une orange, à la base. Elles étaient arrondies, régulières, lisses. M. Béclère, comme nous tous, conclut à l'existence de kyste hydatique.

Dans le poumon *droit*, une lésion exactement semblable et du volume d'une orange et à la base une opacité beaucoup plus nette, beaucoup plus foncée, du volume des deux poings et qui se continuait en bas avec l'obscurité hépatique. Sur cette dernière lésion les avis étaient partagés, et, malgré le diagnostic différentiel que j'avais moi-même et bien d'autres cherché à établir entre une lésion du foie et une lésion pulmonaire, la question n'était pas tranchée.

En présence de ces constations et de l'état fébrile continu, une intervention fut demandée et unanimement approuvée. L'incision et l'extirpation des kystes fut décidée. Le plan opératoire contre ces lésions multiples n'est pas précisé. Je me décidai à attaquer les deux kystes bien nets du côté droit. Le 9 janvier 1911, la malade avait le matin 38°2 ; narcose au chloroforme ; avec l'assistance de mon élève Roux-Berger, je pratiquai l'extirpation des deux kystes. Incision postéro-latérale au niveau de la 6e côte, au point repéré sur la radiographie comme correspondant au kyste. Résection costale de la 6e côte, à environ 7 centimètres ; traversée pleurale au milieu d'adhérences partielles et lâches. Incision du parenchyme pulmonaire ; le kyste est à fleur de poumon ; extirpation sans ouverture. Suture de toute la plaie pulmonaire au catgut n° 1.

Seconde incision parallèle au niveau de la 8e côte, au lieu où la radiographie révélait le second kyste ; résection costale ; incision de 1 centimètre d'épaisseur de poumon ; ouverture du kyste ; périphérie bien protégée ; extraction de la membrane ; suture du parenchyme pulmonaire ; drainage pleural.

Le soir, la température monte comme les jours précédents à 38°8 ; la malade expectore quelques caillots ; le lendemain, même état fébrile, même expectoration, pas de dyspnée, apparition de l'emphysème à la base du cou.

Le 10, 11 et 12, la température oscille entre 38 et 39 ; l'emphysème gagne tout le corps et ne s'arrête qu'aux poignets ; il se maintient jusqu'au 7e jour sans d'ailleurs provoquer aucun accident spécial. Le drain est supprimé le 3e jour et les agrafes le 5e jour. Les mouvements respiratoires n'ont jamais dépassé 32, la moyenne a été de 24.

A partir du 7e jour, il n'existe aucun incident local, aucun trouble fonctionnel, la cicatrice est parfaite, la malade est en bon état, le murmure vésiculaire est normal, mais la température reste autour de 38 et le pouls aux environs de 100, comme vous pourrez le voir sur ce tracé.

Devant des accidents fébriles ainsi persistants, de même forme et de même type qu'avant l'opération, nous devions en induire que nous n'avions pas ouvert la collection qui les provoquait, que cette collection était l'un des deux kystes *droits* et qu'il nous faudrait les attaquer. Cependant, nous laissons la malade bien guérir de sa première opération.

A partir du 28 janvier, les accidents se précisent ; une douleur, véritable point de côté de

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 14 décembre 1906.

la *base droite*, se manifeste ; la température oscille entre 38 et 39 degrés. Le 13 février, c'est-à-dire *cinq semaines après* ma première opération, la température était à 39°5 ; l'état devenant grave, je me décide à recourir à une nouvelle opération, pratiquée dans des conditions très favorables. Narcose au chloroforme : 1° résection de la 6e côte, traversée pleurale entre quelques adhérences, peu étendues, mais ne laissant au poumon qu'un faible degré de rétraction; extirpation facile d'un kyste hydatique du volume d'une orange, à paroi épaissie ; suture complète de la plaie ; par cette première incision je sens au bout du doigt, profondément à la base du poumon, le kyste inférieur, bombant à ce niveau.

2° Incision postéro-latérale au niveau de la 8e côte ; résection de cette côte ; pénétration entre les deux feuillets de la plèvre non adhérents ; suture des deux feuillets, incision, au milieu de cette suture, du diaphragme, et ouverture d'un énorme kyste suppuré, très fétide, de la face convexe du foie (que je n'ai pas vu, le kyste tombant directement sous le diaphragme). Drainage.

Les suites opératoires furent simples pendant les vingt-quatre premières heures, mais au pansement du lendemain, je m'aperçus que, malgré ma suture, la suppuration avait pénétré dans la plaie. Le lendemain matin la malade succombait avec 40°9 à des accidents toxi infectieux.

Cette question des kystes multiples du poumon mérite d'être étudiée, et elle soulève bien des problèmes. Cette observation n'est qu'un commencement de dossier. C'est à ce titre que je la communique (1).

Traitement des pseudarthroses du col du fémur par la greffe osseuse

M. Pierre Delbet traite les pseudarthroses du col du fémur par la greffe osseuse. Les caractéristiques de sa méthode sont les suivantes :

1°. — La greffe est faite sans arthrotomie. C'est là un point capital car l'arthrotomie dans les fractures par décapitation et transcervicales expose à la nécrose de la tête. La greffe sans ouverture de l'articulation peut être réalisée grâce à l'instrumentation spéciale que M. Delbet a fait construire.

2°. — La greffe est toute entière intra-osseuse. Le greffon est introduit au-dessous du grand trochanter ; il traverse la région inter-trochanterienne, le col et va s'implanter dans la tête.

3°. — Le greffon est un segment de péroné comprenant toute l'épaisseur de l'os et long de sept à neuf centimètres. Il est destiné à jouer lui-même un rôle mécanique.

4°. — Le greffon est formé uniquement d'os. M. Delbet le dépérioste avec le plus grand soin.

Le premier opéré de M. Delbet a déjà été présenté à l'Académie de Médecine. La pseudarthrose, vieille de sept ans, a été parfaitement guérie par la méthode. Le malade qui était impotent a recouvré l'usage de son membre.

Le second cas est celui d'une jeune fille de 25 ans dont la pseudarthrose datait de un an. La malade est opérée depuis six mois et demi. Alors qu'avant l'opération elle pouvait à peine faire cinquante mètres sans béquilles, elle marche aujourd'hui sans effort et sans fatigue, avec une claudication insignifiante.

La troisième malade est âgée de 54 ans. La pseudarthrose datait de six mois. L'impotence était complète. Trente-cinq jours après la greffe, l'opérée détachait le talon du lit, par conséquent la consolidation était obtenue. Elle s'est levée le soixantième jour ; elle a commencé à marcher avec des béquilles ; elle marche maintenant convenablement avec une canne. L'opération date seulement de 77 jours. Le résultat sera aussi satisfaisant dans ce cas que dans les autres, car la radiographie montre que la cheville, bien en place, a conservé sa forme et son opacité.

Les trois greffons ont été suivis sur des radiographies répétées. Ils ont toujours conservé leur opacité et la netteté de leurs contours. Comme en même temps, ils ont joué leur rôle mécanique, M. Delbet croit en pouvoir conclure qu'ils se sont réellement greffés.

Au contraire, le périoste du péroné n'a reproduit que des spicules osseuses insignifiantes. Comme aucune greffe ne peut réaliser les conditions excellentes où se trouvait ce périoste ayant conservé ses connexions vasculaires normales, M. Delbet pense qu'on ne peut pas fonder grande espérance sur les greffons périostiques.

De ses trois observations, M. Delbet conclut :

1° que les greffes osseuses intra-osseuses sont parfaitement capables de prendre,

2° que ces greffes exécutées sans arthrotomie constituent la meilleure méthode de traitement des pseudarthroses du col du fémur.

REVUE DE LARYNGOLOGIE

Le Traitement de l'amygdalite cryptique

L'amygdalite cryptique donne lieu à des symptômes fonctionnels assez gênants et trop tenace pour qu'il ne soit pas justifié de la traiter. Tous les auteurs s'accordent à déconseiller l'ignipuncture.

L'amygdalite cryptique est assez rebelle et sa guérison nécessite souvent des soins minutieux prolongés.

Lorsque l'amygdalite est hypertrophiée, il faut l'enlever. La tonsillectomie à la pince de Ruault s'impose.

Au contraire, si l'amygdalite est petite, il faut ouvrir chacune des cryptes largement. Pour cela on fait pénétrer la pointe du crochet de Ruault ou de Botey dans un orifice et on la fait ressortir par un orifice voisin en sectionnant le pont de tissu amygdalien qui les sépare. Toutes les cryptes doivent être ainsi mises largement à nu. Leur contenu s'évacue de lui-même ou avec un stylet. Le fond de chaque loge est badigeonné avec une solution d'iode ou de chlorure de zinc faible.

Plusieurs séances sont nécessaires, car la cicatrisation se fait rapidement et les cryptes ouvertes ont tendance à se refermer.

Lorsqu'il existe une cavité assez profonde, dissimulée derrière le pilier antérieur et difficile à atteindre et à déterger complètement, Moure conseille de sectionner transversalement le pilier antérieur au niveau de son bord libre. Les lèvres s'écartent l'une de l'autre, en forme de > et le fond de la loge devient facilement accessible.

Le traitement du calcul de l'amygdale consiste à l'extraire, au besoin en incisant l'amygdale, à morceler les bords de la caverne à la pince de Ruault et à badigeonner le fond de la loge à la glycérine iodée.

En présence d'une angine de Moure, il ne faut pas se contenter des gargarismes antiseptiques. L'ulcération doit être complètement détergée soit au porte-coton, soit avec une curette. Le fond de l'ulcération, après nettoyage soigneux, sera touché au chlorure de zinc à 1/20, ou à la teinture d'iode pure. Deux ou trois pansements ainsi faits débarrassent le malade en quatre ou cinq jours.

REVUE DE PHYSIOTHÉRAPIE

L'Air chaud et la névralgie faciale

Dans le traitement de la névralgie faciale, l'air chaud est susceptible de rendre des services importants, bien supérieurs à ceux que l'on peut espérer retirer de certaines interventions graves.

Le cas suivant rapporté par M. le docteur R. Colomb de Marseille le montre à merveille.

Il s'agit d'une femme âgée de 44 ans, de vie sédentaire, atteinte de névralgie faciale. Dès l'âge de 10 ans, cette malade fut sujette à des migraines revenant à intervalles éloignés.

Réglée à 12 ans, dysménorrhée, anémie ; les migraines se rapprochent et précèdent les époques menstruelles. Mariage à 20 ans ; un an après, naissance d'un enfant mort en bas-âge d'entérite. Trois ans après le mariage le mari contracte la syphilis et se soigne ; sa femme n'ayant pas d'accidents apparents ne reçoit pas de traitement et avorte un an après, à 3 mois. Vers 34 ans les migraines qui n'avaient pas disparu surviennent bien plus fréquemment, tous les 5 à 6 jours, s'accompagnant de vomissements. Pensant à la syphilis, un médecin vu à ce moment prescrit de l'iodure à haute dose qui ne donne rien. Les crises durent un jour ou deux et obligent la malade à garder le lit.

Voici bientôt 7 ans, elles deviennent presque subintrantes et changent de caractère. La région frontale est le siège d'une douleur continue, profonde, gravative, avec endolorissement des téguments et hyperesthésie du côté droit. Journellement, vers le matin, de préférence lorsque la malade se lève, se produit un paroxysme très violent ; la douleur, d'abord superficielle au-dessus de l'œil, se propage en profondeur, atroce, de courte durée, avec une période de rémission de quelques heures où il y a un peu de soulagement. L'œil droit est souvent baigné de larmes. Le sommeil est impossible; tous les soirs, 2 ou 3 cachets médicamenteux. Le contact de l'air est très pénible ; même pendant la grosse chaleur des voiles très épais enveloppent la face.

Lorsque M. Colomb vit cette femme, le 8 juillet, elle présentait un état d'anémie marqué, une dépression morale complète et des idées de suicide. La malade parlait en évitant tout mouvement brusque, avec lenteur, sans mouvoir la tête. Rien à l'auscultation. Points douloureux sus et sons-orbitaires à droite.

Un chauffage énergique de la région douloureuse donna un léger soulagement immédiat. Amélioration notable dans la nuit ; sommeil de 5 heures sans médicaments. Pas de crise le matin.

Le surlendemain, à la 3e séance, dès le début, le Dr Colomb assista à une crise qui dura cinq minutes environ ; la malade étendue, immobile, les yeux fermés, ne se plaignait pas ; elle ne répondait qu'avec peine aux questions. Puis peu à peu l'accès passa : la conjonctive était fortement hyperémiée du côté droit. Il n'y eut à aucun moment de phénomènes spasmodiques. La malade fut renvoyée après une demi-heure de repos.

Cinq jours après elle revint : elle allait alors beaucoup mieux et n'avait plus eu que deux accès très légers. Enfin le 20 juillet, c'est-à-dire 4 jours plus tard, elle n'avait plus rien ressenti, et, malgré les conseils de M. Colomb pour qu'elle suive un traitement sérieux, elle ne reparut plus.

Revue le 27 octobre, trois mois après : les accès névralgiques avaient fait place à des accès de migraine très supportables survenant tous les 10 à 15 jours ; affectant la forme banale, c'est-à-dire lourdeur frontale pendant quelques heures. Le sommeil est facile, l'état général meilleur. L'entrain était revenu et la malade ne craignait plus de sortir même s'il fait un peu de vent et si l'air est frais. Un oculiste lui avait trouvé de l'astigmatisme et ordonné des lunettes.

Voici donc une malade, vue en sept ans par une demi-douzaine de confrères, qui certainement en serait venue à une intervention chirurgicale ou tout au moins à l'alcoolisation des nerfs, si le découragement ne l'avait prise à la fin d'errer d'un cabinet de consultation à l'autre.

(1) *Soc. de Chirurgie.*

REVUE DU LABORATOIRE

Recherches du sang dans les matières fécales

Par Sophie EFROS

Les méthodes des recherches du sang dans les fèces, basées sur la réaction de coloration, produites par les réactions diastasiques et qui sont le plus couramment employées, présentent une très grande commodité, mais n'offrent pas de caractère de certitude, ainsi d'ailleurs qu'il a été maintes fois signalé.

Il nous a paru intéressant de rechercher une technique qui, même au prix d'une manipulation un peu laborieuse, conduisit au meilleur degré de certitude que l'on puisse avoir dans une pareille recherche, c'est-à-dire l'isolement de l'élément recherché sous une forme caractéristique. Pour le sang, cette forme était celle du chlorhydrate d'hématine cristallisé (cristaux de Teichmann).

On avait déjà tenté d'utiliser la formation des cristaux pour la recherche du sang, mais sans aboutir à une méthode valable.

Strasburger, se contentant de traiter une trace de matière sur une lame par le chlorure de sodium et l'acide acétique dit, avec raison, que l'on ne peut avoir confiance dans cette méthode.

Schum partage cette opinion et il rappelle, à ce propos, la méthode de Nencki-Rohert (formation des cristaux acetonhemine); limite de la réaction 4 p. 100 de sang dans les selles.

Il est tout à fait explicable que la formation des cristaux de Teichmann, recherchée seulement sur la petite quantité de matière que l'on peut mettre sur une lame, soit infidèle, si on tire des résultats négatifs la conclusion que la totalité de matière ne renferme par de sang, et en effet, la répartition du sang dans les matières peut ne pas être homogène et les selles renfermant du sang dans certains points peuvent ne pas en renfermer dans d'autres. Il est donc indispensable d'homogénéiser les matières et d'extraire d'un échantillon la dissolution de l'hématine qu'il peut renfermer. Pour arriver à ce but, voici la technique que nous proposons :

On rend homogènes les matières. On prélève un échantillon de 10 grammes, que l'on broie au mortier avec 30 à 40 cc. d'acide acétique cristallisable. On filtre à la trompe sur papier Chardin. Le liquide filtré est traité par 30 cc. d'éther ordinaire. (Nous avons employé l'éther de la pharmacie des hôpitaux, sans être gêné par l'alcool qu'il contient.)

Le liquide se divise en deux couches. Après vingt minutes, on décante la couche supérieure On lui ajoute environ 40 cc. d'eau. Il se forme un précipité (graisses, etc...) que l'on sépare sur un filtre mouillé. Le liquide filtré est épuisé à trois reprises, par agitation avec chaque fois 15 cc. d'éther. Le liquide éthéré est évaporé au bain-marie jusqu'à ce qu'il ne reste que deux ou trois gouttes de liquide ; c'est sur ces gouttes de liquide que l'on cherchera la formation des cristaux de Teichmann par la technique habituelle.

On dépose sur une lame une goutte de liquide et une toute petite goutte de chlorure de sodium à 1 p. 100. On les mélange intimement, puis on laisse sécher à la température ordinaire on à l'étuve à 37 degrés pour accélérer. Une fois la dessication terminée, on dépose sur la tache formée par l'évaporation du liquide une grosse goutte d'acide acétique cristallisable. On recouvre d'une lamelle *sans appuyer*, et on chauffe lentement, avec précaution, au-dessus d'une veilleuse de bec Bunzen. Il faut chauffer au plus jusqu'à début d'ébullition de l'acide acétique. Après refroidissement, on porte sous le microscope et on examine avec un grossissement d'environ 500 d. Sur le fond entièrement clair de la préparation, on voit, par place, des cristaux présentant la coloration brune et la forme caractéristique des cristaux de Teichmann. Ces cristaux se trouvent habituellement sur le bord de la lamelle et leur nombre dépend de la teneur en sang.

Nous avons établi cette méthode en ajoutant une quantité de sang exactement connue, et dès maintenant nous avons ainsi constaté qu'il y avait encore formation des cristaux de Teichmann avec 0 cc. 01 de sang pour 100 grammes de matière.

Nous conseillons vivement de s'habituer à la préparation des cristaux de Teichmann à partir d'une goutte de sang pur, avant d'essayer la méthode que nous venons d'indiquer. Pour cela, on traitera la goutte de sang (très petite), comme il a été indiqué de traiter le résidu d'évaporation de l'éther (1).

REVUE D'HYGIÈNE

La Tuberculose chez les Employés du Métro de Paris

Par M. le Dr BERNHEIM

Le Métropolitain est l'une des institutions contemporaines des plus pratiques et la plupart des Parisiens s'en servent quotidiennement. Mais en créant ce mode de transport si utile, les ingénieurs n'ont certes pas pensé être la cause involontaire d'une véritable déchéance physique chez un grand nombre de leurs agents. Voici la statistique de maladies qui ont été observées chez ces braves travailleurs :

1. Anémie cérébrale	282
2. Tuberculose	744
3. Laryngite tuberculeuse	427
4. Intoxications sanguines	245
5. Réformes pour maladies diverses	206
6. Douleurs rhumatismales	233

Cette statistique porte sur 10 années de fonctionnement au Métropolitain et sur un total de 7.000 agents environ. Elle est fournie par le syndicat de ces employés, et les chiffres sont contestés par la direction de la Compagnie qui prétend qu'ils sont exagérés. La direction affirme qu'il n'y a eu pendant ces 10 années que 663 cas de tuberculose pulmonaire, mais elle ne discute pas les cas de laryngite, d'anémie cérébrale, de réformes. En acceptant même les chiffres de la direction, on voit que la tuberculose sévit cruellement dans cette catégorie de travailleurs puisqu'il y a au moins 1.000 cas de tuberculose sur 7.000 ouvriers, soit 13 0/0, tandis que les statistiques les plus sombres ne comptent que 120 cas de tuberculose sur 10 mille français.

Les agents du Métro tiennent donc le record de cette maladie.

M. Bernheim ajoute que tous les agents du Métro passent un examen sévère avant d'être admis et avant d'entrer en fonctions. La plupart de ces travailleurs sont des ouvriers sobres et on ne peut nullement invoquer chez eux l'alcoolisme. Il existe de nombreuses autres causes de cette déchéance physique si rapide, causes que l'auteur interprétera dans un prochain travail, comme il exposera aussi les remèdes efficaces qui permettront de faire cesser ce triste état de choses. En attendant il exprime l'opinion que la Compagnie du Métro est à cette heure responsable jusqu'à un certain point de cette contagion tuberculeuse excessive. Du reste à deux reprises différentes, les tribunaux considérant qu'il s'agissait d'un accident du travail vulgaire, ont condamné le Métropolitain à payer des dommages élevés à des agents devenus tuberculeux.

(1) Soc. de biologie.

CARNET DU PRATICIEN

Traitement du hoquet

1° Combattre l'état névropathique du malade. S'il est possible, lui prescrire un bain tiède à 35° d'une demi-heure à une heure.

2° Prescrire :

Sulfate d'atropine	5 milligr.
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 10
Eau chloroformée	10 gr.

Trois gouttes toutes les deux heures, dans un peu d'eau (6 à 8 fois dans les 24 heures);

Ou :

Bromure de potassium	āā 6 gr.
Eau de laurier-cerise	
Sirop d'éther	30 gr.
Hydrolat de valériane....q. s. p.	150 cc.

Une cuillerée à soupe toutes les heures jusqu'à disparition de la crise;

Ou encore :

Menthol	0 gr. 25
Julep gommeux	100 gr.

Une cuillerée à café de quart d'heure en quart d'heure;

Ou :

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 02
Ether sulfurique	2 gr.
Sirop simple	30 gr.
Hydrolat de menthe. q. s. pour	150 cc.

Une cuillerée à soupe chaque demi-heure.

3° En cas de hoquets réflexes, d'origine gastrique, on pourra prescrire avec avantage, toutes les quatre heures, cinq gouttes de la solution :

Picrotoxine	0 gr. 05
Alcool....q. s.	pour dissoudre
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 05
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 01
Ergotine	1 gr.
Eau de laurier-cerise	12 gr.

4° Pour combattre la douleur stomacale accompagnant le hoquet, on formulera :

Bicarbonate de soude	1 gr.
Lactose	1 gr.
Magnésie hydratée	1 gr. 50
Craie préparée	0 gr. 80
Sous-nitrate de bismuth	0 gr. 80
Codéine	0 gr. 01

Pour un paquet n° 20; un paquet dans un peu d'eau au moment des paroxysmes douloureux.

Contre l'hémophilie

1° Sérothérapie avec le sérum de cheval, les sérums antidiphtérique, antitétanique;

2° Injection sous-cutanée tous les jours ou tous les deux jours, 10 à 20 centimètres cubes chez l'adulte, 3 à 7 centimètres cubes chez l'enfant, de la solution suivante stérilisée à 120° :

Peptone	50 grammes
Chlorure de sodium	50 —
Eau distillée	100 —

Lavement nutritif

Jaunes d'œufs	N° 2
Dextrose pure	30 grammes
Sel de cuisine	0 gr. 50
Lait pancréatisé... q. s. p. f.	300 grammes

Pertes séminales

Sirop de nymphéa	150 grammes
Bromure de potassium	10 —

Une ou deux cuillerées à soupe pendant la nuit.

Bromure de camphre	0 gr. 10
Extrait de houblon	Q. s.

Pour une pilule demi-molle n° 20.

Une le soir au coucher, deux à trois autres pendant la nuit.

PLICQUE.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE.

VARIÉTÉS

Les étudiants et la loi de trois ans

M. Gabriel Maunoury, député, vient de présenter l'amendement suivant dont l'objet est de modifier comme suit la loi du 21 mars 1905 :

ART. 10. — *Rédiger comme suit cet article :*

L'article 25 de la loi du 21 mars 1905 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux nommés au concours dans une ville possédant une faculté de médecine ou une école de plein exercice et les étudiants en médecine munis de douze inscriptions, qui ont subi avec succès, à la fin de leur première année de service, l'examen de médecin auxiliaire, sont nommés à cet emploi et accomplissent leurs deuxième et troisième années de service comme médecins auxiliaires.

« Les docteurs en médecine et les internes des hôpitaux nommés au concours dans une ville possédant une faculté de médecine ou une école de plein exercice, qui auront pris l'engagement d'accomplir trois périodes supplémentaires d'instruction pendant leur séjour dans la réserve et satisfait aux épreuves de l'examen de médecin auxiliaire et qui auront subi avec succès, à la fin du troisième semestre, les épreuves d'un concours pour le grade d'aide-major de réserve, sont nommés aspirants dans la limite des besoins et accomplissent en cette qualité leur quatrième semestre de service.

« Ces aspirants sont nommés aides-majors de réserve à l'expiration de leur quatrième semestre et accomplissent en cette qualité leur troisième année de service dans l'armée active.

« Les étudiants en médecine qui, au moment de leur incorporation, n'ont obtenu ni le diplôme de docteur en médecine, ni le titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville possédant une faculté de médecine ou une école de plein exercice et qui ont pris l'engagement d'accomplir trois périodes supplémentaires d'instruction dans la réserve sont, après leur première année, renvoyés dans leurs foyers pour achever leurs études. Dès qu'ils ont conquis ce diplôme ou ce titre, ils sont rappelés sous les drapeaux et régis par les deuxième et troisième alinéas du présent article.

« Si, à 27 ans, les jeunes gens visés à l'alinéa précédent n'ont obtenu ni ce diplôme, ni ce titre, ou si, avant cet âge, ils abandonnent leurs études de médecine, ils sont immédiatement rappelés sous les drapeaux et accomplissent leurs deuxième et troisième années de service dans un corps de troupe aux conditions ordinaires.

« Les jeunes gens pourvus du diplôme de vétérinaire civil ou admis en quatrième année, qui ont subi avec succès, à la fin de leur première année de service, l'examen de vétérinaire auxiliaire, sont nommés à cet emploi et accomplissent leurs deuxième et troisième années de service comme vétérinaires auxiliaires.

« Ceux qui auront pris l'engagement d'accomplir trois périodes supplémentaires d'instruction pendant leur séjour dans la réserve et qui auront subi avec succès, à la fin du troisième semestre, les épreuves d'un concours pour le grade d'aide-vétérinaire de réserve, sont nommés aspirants dans la limite des besoins et accomplissent leur quatrième semestre en cette qualité.

« Ces aspirants sont nommés aides-vétérinaires de réserve à l'expiration du quatrième semestre et accomplissent, en cette qualité, leur troisième année de service dans l'armée active. »

Il est à remarquer, en effet, que l'article 21 de la loi de 1905 autorisant le sursis d'incorporation jusqu'à 25 ans n'a pas été abrogé.

ÉCHOS

Prix Bouchard.

Le professeur BOUCHARD, président de l'Association française pour l'étude du cancer, a mis à la disposition de cette Association une somme de 5.000 francs, destinée à récompenser les auteurs des meilleurs travaux relatifs à la pathogénie du cancer.

Conformément à la volonté du donateur, le prix sera décerné à la fin de l'année 1915.

Règlement du prix Bouchard. — ARTICLE PREMIER. — Seuls pourront être récompensés les travaux relatifs à la pathogénie du cancer qui auront été présentés aux séances de l'Association française pour l'étude du cancer du 15 février 1913 à la fin de juillet 1915 et insérés dans les Bulletins de ces séances.

ART. 2. — L'Association nommera dans sa séance de juillet 1915 une Commission de cinq membres, dite Commission du prix Bouchard, à laquelle pourront s'adjoindre le président et le secrétaire général.

ART. 3. — La Commission présentera à la séance de novembre 1915, en Comité secret, un rapport sur les travaux relatifs à la pathogénie du cancer remplissant les conditions ci-dessus énoncées et fera les propositions pour l'attribution du prix. Dans le cas où aucun de ces travaux ne serait jugé digne de recevoir ce prix, l'attribution de celui-ci serait renvoyé à l'année suivante.

ART. 4. — Après la lecture du rapport, les membres titulaires voteront au scrutin secret sur les conclusions de la Commission. En cas de désaccord entre l'Association et la Commission, le rapport serait renvoyé à celle-ci, augmentée de deux nouveaux membres n'ayant que voix consultative. La Commission présenterait à la séance de décembre un nouveau rapport sur les conclusions duquel l'Association voterait au scrutin secret.

Si le désaccord persistait entre la Commission et l'Association, l'attribution du prix serait renvoyée à la fin de l'année 1916. Les travaux présentés à l'Association et publiés dans les bulletins avant cette date seraient admis à concourir et renvoyés à la même Commission.

ART. 5. — Le prix ne pourra être décerné à un membre de la Commission.

ART. 6. — Le prix pourra être divisé.

En Souvenir du Dr Gérald Mesny.

Personne n'ignore que le Dr Gérald Mesny, médecin des troupes coloniales, directeur de l'École de médecine de Tien-Tsin, chargé, sur sa demande, par le gouvernement chinois, d'une mission spéciale en vue de combattre l'épidémie de peste pneumonique qui ravageait la Mandchourie, succomba au bout de quelques jours aux atteintes du fléau. Conscient de la gravité du péril auquel il s'exposait de son plein gré, sachant bien que la forme de peste qui sévissait alors est grandement contagieuse, il avait envisagé avec un inébranlable sang-froid l'éventualité de la mort, et il la vit venir avec un stoïcisme admirable dans sa simplicité.

Un comité composé des Drs Le Dentu, président; Richelot, vice-président; Hallopeau, Kermorgant Ribemont Dessaignes, Paul Richer, de la marquise de la Honssaye, secrétaire général, et du lieutenant colonel Baudoin, trésorier, a pris l'initiative d'une souscription ayant pour objet la fondation d'un laboratoire de recherches à l'hôpital français de Pékin, sous le patronage du nom de Mesny.

Un comité d'honneur, dans lequel figurent beaucoup d'éminentes personnalités politiques, militaires, scientifiques, médicales et administratives, a bien voulu, en se plaçant à la tête du mouvement, donner l'exemple d'un hommage éclatant à un dévouement aussi pur, et s'associer ainsi activement à une œuvre de glorification dont le caractère patriotique rehausse encore la signification et, en même temps, étend la portée. Il suffira de nommer M. Etienne, ministre de la Guerre; MM. les présidents du Sénat et de la Chambre, les généraux Galliéni, Lyautey, Berdoulat, Famin; MM. Le Myre de Vilers, Charles Roux, Stanislas Simon, Paul Strauss; les Drs Léon Labbé, Bertrand, Delorme, Emile Roux, Lucas-Championnière — il faudrait pouvoir citer tous les membres — pour montrer avec quel empressement les hautes notabilités auxquelles le comité d'organisation a pensé devoir s'adresser ont répondu à son appel.

En attendant que la souscription proprement dite soit organisée, une soirée de gala au profit de l'œuvre sera donnée le vendredi 11 juillet prochain au Théâtre Réjane, rue Blanche. Elle consistera dans la représentation d'une comédie dramatique en quatre actes de la marquise de la Honssaye, intitulée *Le Médecin*, pièce animée d'un souffle généreux, toute à l'honneur de l'apostolat médical, où le pathétique des péripéties émouvantes s'entremêle aux nobles suggestions de la conscience professionnelle en face d'une situation particulièrement délicate et touchante à la fois.

Le produit de cette représentation sera versé à la souscription générale. Les personnes qui désireront y assister sont priées de s'adresser au plus tôt, pour s'assurer des places, au bureau de location du théâtre, ou au siège de l'œuvre, 1, square du Roule, VIIIe. Prix des places : 5, 10, 15 et 20 francs.

L'insomnie des névropathes.

L'insomnie est un des premiers symptômes pour lesquels les nerveux viennent réclamer une intervention médicale. Or, chez de tels sujets, l'absence de sommeil est aussi rebelle à la thérapeutique que pénible pour le malade.

Que conseiller et, auparavant, que faut-il éviter de prescrire?

L'extrait d'opium, la morphine, l'héroïne donnent de faciles succès, mais rapidement c'est l'accoutumance, la nécessité et le danger des doses croissantes, le besoin impérieux du médicament...; la longue liste des hypnotiques en *al* ne réserve, en ce qui concerne la plupart d'entre eux, que désillusions et insuccès; le bromure ne doit jamais être ordonné aux neurasthéniques, etc.

L'ordonnance la plus efficace sera :

1° Hygiène générale très surveillée; promenade après le repas du soir; pas de spectacle provoquant des émotions trop vives; coucher relativement tardif;

2° Vers dix-huit heures, ou, si possible, quatre heures après le souper (soit vers vingt-trois heures), un grand bain chaud (37°) prolongé (trente-cinq à quarante minutes) dans l'eau dans laquelle on versera deux litres d'infusion chaude concentrée, faite avec 30 grammes de tilleul mondé;

3° Au moment du coucher, une tasse à thé d'infusion froide de tilleul, additionnée d'une cuillerée à soupe de Véronidia, et sucrée avec deux cuillerées à soupe du mélange :

Sirop de lactucarium..........	90 cmc.
Sirop de fleurs d'oranger......	30 —

Donner, s'il y a lieu, une heure plus tard, une seconde tasse de la même infusion, mais sans nouvelle dose de sirop.

Création d'un poste de secours obstétrical à l'hôpital Henri de Rothschild.

1° Un poste de secours obstétrical est établi à l'hôpital Henri de Rothschild, 199, rue Marcadet, auquel peuvent avoir recours les médecins du 18e et du 17e arrondissement.

Ce poste fonctionnera à partir du 20 juin de la présente année.

2° Le médecin en présence d'un accouchement laborieux chez une femme indigente, s'il estime que le transport de cette dernière dans une maternité est impossible ou non désirable, pourra faire appel au poste de secours.

3° Il adressera d'urgence une réquisition écrite à l'hôpital pour motiver l'appel.

4° La réquisition du médecin à l'exclusion de celle de la sage-femme ou de la famille, est seule admise, afin d'éviter tout abus.

5° Prévenu par téléphone, l'accoucheur, chef du poste de secours, se rend au domicile de la parturiente, accompagné de ses aides et muni des boîtes de secours (instruments et objets de pansement).

6° Les boîtes de secours devront être retournées à l'hôpital, immédiatement après l'accouchement.

7° Le poste fonctionne de jour et de nuit : son assistance est absolument gratuite.

AVIS.

Conduite intérieure 4 cyl. 12 HP. Schneider. Etat de neuf. S'adresser : Bloudeau, maison Adrian, 9, rue Perle, Paris.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST

Excursions à Jersey et à Guernesey

Billets directs au départ de Paris délivrés toute l'année.

1° Excursion à Jersey.

Billets directs au départ de Paris délivrés Granville ou Saint-Malo comprenant la traversée de France à Jersey (St-Hélier), par les steamers du London and South-Western Railway.

De Paris à Jersey (St-Hélier) et vice-versa : billets valables par Granville et billets simples valables sept jours : 1re cl. 46,70, 2e cl. 32,70, 3e cl. 22,15; billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 63,15, 2e cl. 44,25, 3e cl. 29,85.

Billets valables par Granville et St-Malo, permettant d'effectuer l'excursion du Mont Saint-Michel comprise dans le prix du billet, billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 74,85, 2e cl. 50,05, 3e cl. 37,30.

(Itinéraires : Paris-Granville, Jersey, Saint-Malo, Pontorson, Mont Saint-Michel, Paris ou inversement.)

2° Excursion à Guernesey.

Billets directs sur Guernesey par Granville, Saint-Malo ou Cherbourg comprenant la traversée de France à Guernesey.

84e Année (Série XIIIe) — N° 207 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 16 Juillet 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 16 Juillet 1913

ÉCHOS

Une chaire de puériculture.

Au cours de l'nne des dernières séances du Conseil général de la Seine, M. Henri Galli a rappelé qu'il présenta il y a quelques années une proposition en vue de la création d'une chaire de puériculture. Cette proposition fut étudiée et le Conseil général, d'accord avec le Conseil municipal, fonda un institut de puériculture qui aujourd'hui fouctionne admirablement sous la direction du docteur Variot, à l'hôpital des Enfants-Assistés.

Le Gouvernement, de son côté, a reconnu l'ntilité d'une chaire de puériculture à Paris, et très prochainement le nouveau cours sera ouvert. Convaincu que nulle part elle ne saurait être mieux placée qu'à l'hôpital des Enfants-Assistés, où existent déjà les services de l'institut de puériculture, M. Galli et M. Girou ont déposé le projet de délibération suivant :

Des négociation seront engagées avec l'Etat et la ville de Paris afin que la chaire de puériculture à créer soit installée à l'hospice des Enfants-Assistés.

L'installation de la chaire projetée d'hygiène et de médecine du premier âge dans les services de l'institut de puériculture aurait cet avantage, entre autres, d'être la solution la moins onéreuse pour le budget de l'Etat. Il n'y aurait aucune dépense à engager pour des crèches et des laboratoires qui fonctionnent déjà à l'hospice des Enfants-Assistés.

La recherche de la paternité.

La rétroactivité de cette loi, déjà admise devant les tribunaux de Meaux et d'Aurillac et préconisée par Me Henri Lavollée dans son ouvrage : *Le Code Manuel de la Recherche de la Paternité*, vient de recevoir le consécration des juges parisiens.

Un jugement récemment rendu par la sixième chambre du tribunal civil de la Seine vient en effet de la déclarer dans les termes suivants

« *Dit et juge que la loi du* 16 *novembre* 1912 *sur la recherche de la paternité est applicable aux enfants nés avant la promulgation.* »

Il s'agissait, en l'espèce, d'une fille mère qui demandait que son ancien amant fût déclaré le père de son enfant, né le 25 juin 1903, et, en cette qualité, condamné à lui servir une pension annuelle de 3.600 francs par an.

Quant au prétendu père, il soutenait que, par application du principe général posé par l'article 2 du Code civil, la loi du 16 novembre 1912 n'a disposé que pour l'avenir et qu'en l'absence de toute mesure transitoire expresse, elle ne saurait avoir d'effet rétroactif, ni profiter, par suite, aux enfants nés avant cette promulgation...

L'amour de la mort chez les Habsbourg

Sous ce titre, M. Paul R. Mersey vient de publier un curieux travail médico-historique (1), dans lequel il nous montre non seulement que la famille des Habsbourg d'Espagne a présenté héréditairement de nombreux vésaniques, mais de plus que ces troubles ont souvent présenté un caractère particulier, «l'amour de la mort »; une sorte de *thanatophilie*, pourrait-on dire.

Ce sentiment singulier n'a été chez aucun plus marqué que chez Jeanne la Folle, qui a semblé imposer son hérédité aux Habsbourg d'Espagne et dont M. Mersey donne une étude médicale très complète en même temps qu'un portrait très curieux. Voici à ce sujet quelques détails qui nous reportent à une époque bien singulière.

En 1506, le mari de Jeanne la Folle, Philippe le Beau, tombe gravement malade. Jeanne reste auprès de lui pendant le cours de sa maladie ; ni les prières, ni les instances ne peuvent l'en arracher un seul moment, bien qu'elle soit dans le sixième mois de sa grossesse. Il meurt : Jeanne ne répond pas une larme, *muette* et *immobile*, elle ne répond plus à ceux qui lui parlent, n'imposant silence que par le geste.

C'est à partir de ce moment et pendant de longues années que sa phychose revêt une physionomie spéciale caractérisée par d'incessantes préoccupations funèbres.

Elle laisse embaumer ce corps qu'elle ne veut plus quitter et, après la cérémonie des obsèques, on dépose le corps de Philippe dans l'église des Chartreux de Miraflores, près de Burgos. Or, quelques jours après, Jeanne témoigne le désir de se rendre à ce sanctuaire. La reine arrive en costume de religieuse et commence ses oraisons. Tout à coup *elle ordonne d'ouvrir le cercueil et d'enlever les linges qui enveloppent le cadavre ; elle se jette sur lui, lui baisse les pieds et les mains*, lui adresse tout haut les paroles les plus tendres. On apprend bientôt que la reine retourne périodiquement à Miraflores, se faisant, à chaque visite, ouvrir la tombe provisoire. Pendant tout le temps qu'elle traîna à sa suite le corps de son mari, elle renouvela chaque jour son acte (2).

Mais bientôt elle le fait retirer du tombeau et porter dans son propre appartement où elle le place sur un lit de parade, vêtu d'habits magnifiques.

Elle est jalouse de son mari comme elle l'était quand il vivait. Elle ne permet pas à ses femmes d'approcher du lit de parade, celles qui n'appartiennent pas à sa maison n'ont pas la liberté d'entrer dans l'appartement ; elle ne veut même pas d'une sage-femme, quoiqu'on l'eût choisie à dessein très vieille, et elle accouche de la princesse sans autre secours que ceux de ses domestiques(3).

« On parvient à lui persuader qu'elle doit déposer le corps du prince dans les caveaux de Grenade. Elle veut alors l'y conduire elle-même. Elle vérifie le contenu du cercueil, de peur de supercherie et on place celui-ci sur un char funèbre, attelé de quatre chevaux. Le départ a lieu le soir du 20 décembre 1506, car la reine ne veut faire le voyage que de nuit, en disant qu'une veuve qui a perdu le soleil de son âme ne peut jamais plus se montrer à la lumière du jour ; on s'arrête donc, avant que le jour paraisse, dans une église ou dans un monastère, sur la route. Jeanne exige, à chaque station, la réouverture du cercueil et le service des morts se célèbre comme si Philippe venait de décéder (1). »

Le funèbre cortège fait un séjour de deux mois à Torquémada, mais la peste fait de grands ravages dans cette ville et la reine passe avec le corps de son mari en un village appelé Hornillas.

L'année suivante, son père le roi Ferdinand, qui voudrait la remarier, écrit à son médecin *que la reine sa fille à continuellement auprès d'elle le corps du roi Philippe son mari.*

On ne sait à quelle époque Jeanne a cessé de faire remettre au jour le cadavre de Philippe. Mais dans sa dernière résidence, en 1509, elle exige que le cercueil soit déposé dans un lieu du monastère de Santa-Clara, où elle peut l'apercevoir des fenêtres de son appartement, et en 1518, comme il était question de changer de résidence, on fait réparer le char qui apporta le cercueil pour pouvoir le transporter au besoin.

(1) Thèse de Paris, chez Ollier Henry.
(2) Relation du second voyage de Philippe le Beau.
(3) ROBERTSON. Histoire de Charles Quint, 1. III, p. 30.

La Naissance dans l'antiquité

Dans une étude qu'il publiait récemment sur l'histoire de l'allaitement, notre confrère, le Dr Pierre Boulan donne de nouveaux renseignements sur la façon dont à Rome étaient accueillis les nouveau-nés.

Au sortir de l'utérus, la sage-femme posait l'enfant à terre, aux pieds de son père, avant toute section du cordon. Elle examinait son sexe et l'annonçait. Le cordon sectionné, l'enfant était relevé par le père qui le prenait dans ses bras s'il le reconnaissait : *suscipere liberos*. Ce geste engageait le père à élever son enfant et à lui donner les moyens de vivre. Si le père estimait, en effet, qu'il avait déjà une trop nombreuse famille, il pouvait exposer sa progéniture. A Rome, en particulier, devant le temple de la Pietas, il y avait une colonne, *columna lactaria*, aux pieds de laquelle on déposait les nouveau-nés que les familles sans enfant ou des personnes charitables venaient recueillir. D'autres les élevaient pour les exploiter plus tard sans scrupule.

Un enfant était-il monstrueux ou non viable, il était étouffé ou noyé ; et ces mœurs avaient toute l'approbation des auteurs (Sénèque).

Des bras du père il passait dans ceux de la mère puis des membres de la famille réunis; et tous traçaient sur son front du bout du doigt humecté de salive des signes destinés à éloigner les mauvaises influences.

La section du cordon était faite au scalpel si un médecin était là ; sinon, la personne présente faisait la section avec un clou, un roseau, une écaille d'huître, ou une croûte de pain desséchée. La constriction était faite avec un fil de lin.

Les Germains, les Scythes, après section du cordon, plongeaient l'enfant dans un bain froid pour le fortifier, le rendre moins sensible aux intempéries; s'il ne supportait pas cette immersion et devenait livide, on le laissait s'affaiblir et succomber ; il était inutile de le nourrir. Dans d'autres contrées, on le lavait avec du vin ou avec de l'urine d'un garçon encore vierge. Contrairement à toutes ces pratiques, Soranus d'Éphèse recommande pour nettoyer l'enfant, rendre la surface du corps solide et empêcher toute éruption sur la peau, de couvrir l'enfant de sel : sel fin ou nitre. On asperge l'enfant en protégeant les yeux et la bouche, car dans les cavités il « produirait inflammation et ulcération ». Si l'enfant est trop mou, on broie le sel très finement avec du miel, de l'huile, de la tisane d'orge, ou même une décoction de fenu grec ou de mauve : puis le corps est séché soigneusement et enfin lavé à l'eau tiède.

Le doigt était ensuite introduit dans les narines, dans la bouche afin d'évacuer les mucosités qui pouvaient les encombrer ; on nettoyait également les yeux avec de l'huile et on s'efforçait de faire immédiatement écouler le méconium en mettant un doigt dans l'anus.

Quelques tombes oubliées

Parmi les sépultures de personnages célèbres qui paraissent abandonnées dans les cimetières parisiens, on a signalé, entre autres, à une réunion récente de la « Commission du vieux Paris », celle du baron Percy, le glorieux chirurgien militaire du premier Empire (cimetière de l'Est), et celle du chirurgien Lisfranc (cimetière du Sud).

On est assez surpris, par ailleurs, de trouver, parmi ces tombes plus ou moins en ruines, au cimetière de l'Est : celles d'hommes comme Casimir Delavigne ; Scribe et Auber ; le maréchal de Caulaincourt, duc de Vicence ; la veuve de Lavoisier ; Chappe, l'inventeur du télégraphe aérien, Victor Cousin, etc.

Au cimetière du Sud : Dumont-Durville, l'illustre navigateur ; César Franck, le compositeur.

Au cimetière d'Auteuil : le grand mathématicien Legendre.

Au cimetière du Nord : Mme Récamier, la divine Juliette !

Vanitas vanitatum !

A la Lettre

Notre excellent confrère Gaulieur l'Hardy raconte l'amusante et authentique anecdote suivante :

Un de nos confrères était appelé récemment auprès d'un enfant malade dans une famille d'ouvriers. Il rédige son ordonnance et donne à la mère des indications détaillées qu'il termine ainsi : « Vous donnerez à l'enfant toutes les deux heures une cuillerée de la potion pendant le jour, et vous la suspendrez pendant la nuit. »

Le médecin s'en va, revient le lendemain de bonne heure, et comme il s'informe si ses recommandations ont été bien suivies : « Oh ! oui, Monsieur le docteur répond la mère, la potion est même encore suspendue. Et elle montre à notre confrère sidéré, la fiole pharmaceutique se balançant au bout d'une ficelle !

L'Hommage du Chirurgien

Un chirurgien, se mettant à genoux, à Saint-Denis, devant la statue de Charles VIII, on lui dit qu'il se méprenait, rendant à ce roi un bonneur qui n'est dû qu'à un saint.

— C'est le moindre hommage, répondit-il, que je lui dois. Quel saint fit de plus grands miracles ? Il a apporté un mal en France qui a guéri et guérira éternellement les chirurgiens de la pauvreté.

Coryza et Gymnastique respiratoire

Par le Docteur MARCEL NATIER

I

Les médecins, a dit Alphonse Karr, n'ont rien inventé depuis Molière, si ce n'est d'appeler le rhume de cerveau coryza et de réduire à un mois sa durée, laquelle, était, auparavant, de trente jours. Cette boutade se comprend sans grande difficulté. Le coryza — peut-être l'oublie-t-on trop — n'est nullement une entité morbide, une affection *sui generis* ; c'est toujours un symptôme, susceptible, il est vrai, de relever de causes éminemment variables.

Il n'entre pas dans le plan de eette étude de m'attacher à signaler toutes les maladies capables de provoquer du coryza. Je désire simplement faire ressortir l'influence certaine du mauvais état général de l'économie, d'abord sur l'apparition et, ensuite, sur la persistance de ce trouble fonctionnel. Il est, en particulier, souvent lié à de l'insuffisance respiratoire. Or, les mêmes exercices qui triomphent de cette dernière, font en même temps, disparaître celle de ses conséquences qui nous occupe : le coryza. A preuve, le cas suivant :

II

OBSERVATION. — Jeune fille née à Paris, le 15 septembre 1896.

Antécédents personnels. — Père, âgé de 54 ans, de taille moyenne ; sobre, santé générale bonne, mais de fonds nerveux ; a commencé tôt à perdre les cheveux et présente, à l'heure actuelle, une calvitie marquée. *Mère*, âgée de 48 ans, teint-coloré ; taille moyenne ; également nerveuse. Pas de consanguinité entre les deux parents.

Antécédents personnels.—Quinze jours avant la délivrance et après une grossesse excellente, douleurs rhumatismales de la mère. Début par l'articulation du genou : durée six mois.

Naissance quinze jours avant terme. Enfant hien constituée ; poids 3 kil. Tout de suite, ophtalmie purulente double : celle-ci mit deux mois à céder aux soins diligents d'une garde-maladé dont la surveillance s'exerçait jour et nuit.

Essai, pendant trente-cinq jours, et malgré une fièvre de 40°, d'allaitement au sein par la mère. Progrès insignifiant. Ce délai écoulé, usage exclusif de lait stérilisé. Pas de troubles digestifs ; développement normal. Sevrage définitif à 14 mois . nul malaise consécutif.

Enfant entiérement propre à 9 mois. A marché à 11 mois, Plutôt avancée pour la parole.

A 3 ans : coqueluche bénigne, sans complications, suivie, presque aussitôt, d'une varicelle très légére.

A 3 ans 1/2 : bronchite insignifiante avec angine.

A 8 ans, en février 1904 : scarlatine d'intensité moyenne. Quarante jours de chambre : pas de complications, aucune trace d'albumine. Convalescence rapide.

A 9 ans en avril 1905 : premiére atteinte d'appendicite : crise subite, le matin, aussitôt après le lever. Quinze jours de lit : souffrances très vives ; régime lacté absolu ; lavements quotidiens. Pendant six mois, purgation quotidienne à l'builе de ricin. Aucune conséquence fâcheuse apparente de cette longue indisposition.

A 11 ans 1/2 : rougeole bénigne, sans complications.

En 1909, au mois de décembre, coliques appendiculaires suivies d'une forte crise d'appendicite. Douleurs très vives, durant trois semaines. Opération le 20 janvier 1910 : suites favorables ; rentrée à la maison vingt jours plns tard.

Consécutivement : amaigrissement considérable et anémie très accusée, ayant persisté jusqu'au moment de quitter Paris. Séjour au hord de la mer en août et septembre : amélioration rapide ; transformation complète lors du retour.

En décembre 1910 : attaque de grippe avec angine et épistaxis, céphalées, vomissements et coliques. Douleurs vives dans l'oreille gauche. Trois semaines de lit. Résultat : nouvel amaigrissement profond, anémie et épuisement des forces.

Aucune trace de règles jusqu'ici ; mais, depuis un an environ, chaque mois, douleurs dans le has-ventre.

Depuis dix-huit mois, à d'assez longs intervalles, les gencives inférieures saignaient très facilement: Hémorragies parfois profuses; dans une circonstance, la houche fut remplie de sang. Des applications quotidiennes de teinture d'iode, continuées durant six semaines, ont finalement triompbé de ces écoulement sanguins.

A Paris, existence continée, soit à la maison, soit à l'école où l'espace est tellement mesuré, qu'il n'y a même pas de cour pour joner. Chaque année, depuis l'âge de 2 ans, séjour de 2 mois, soit à la mer, soit à la campagne d'où l'enfant revient, en général, dans d'excellentes conditions.

Tics assez fréquents de la face, en particulier des yeux. A conservé jusqu'à 4 ans l'habitnde de sucer son ponce et de se tirer l'oreille.

Toujours inférieure à son âge au point de vue du raisonnement ; recherche, de préférence. la société des enfants plns jeunes qu'elle et prend nn réel plaisir à partager leurs jeux. Encore à l'heure actnelle, elle a des élans de petite fillette, sollicite des caresses, saute au cou des personnes qu'elle chérit pour se faire embrasser. De caractère instable, elle passe, avec une égale facilité, de la colère à la joie et du rire aux larmes.

Mise à l'école à 6 ans et 3 mois. Elève moyenne : travail assez facile, manque d'application, rebelle à la compréhension de certaines matières, telles l'orthographe et le calcul. Connaissances générales plutôt restreintes.

Céphalées. — A pen près quotidiennes au cours des deux dernières années.

Sommeil. — Excessivement agité depnis la plus tendre enfance. La malade rêve constamment tout haut, parle, rît et pleure durant son sommeil. Pour la première et unique fois; il y a quelques mois, s'est dressée debout sur son lit, et s'est mise à appeler son père. Elle n'est jamais sortie dn lit pour se promener en dormant. Parfois, insomnies assez prolongées suivies de grandes lassitudes le matin. A noter que mère et fille occupent le même lit, dans une chambre peu spacieuse dont la fenêtre n'est jamais ouverte la nuit, d'où un air forcément impur et limité.

Système respiratoire. — Tendance constante aux coryzas depuis les trois dernières années. Certains bivers, jusqu'à huit et dix rhumes successifs ; nullement rares au cours de l'été. Durée moyenne variant entre trois et quatre jours et une semaine. Après le nez, se prenaient successivement la gorge et la poitrine. Toux légère.

Sensation persistante de «nez bouché» avec habitude de respirer régulièrement par la houche, aussi bien à l'état de veille que pendant le sommeil. La nuit : ronflements.

En dehors des périodes de coryzas, sécrétions nasales très rares ; demeurait parfois une semaine sans se moucher.

Système digestif. — Excessivement délicate dans le choix des aliments ; avait rarement faim ; trés difficile à nourrir. Digestions laborieuses. Tendance marquée à la constipation depuis la plus tendre enfance : restait souvent deux jours sans garde-rohes, d'où la fréquente nécessité de recourir à l'usage des purgatifs. Baillements et renvois aprés les repas.

Système circulatoire. — A toujours les pieds glacés.

Système urinaire. — Urination fréquente, mais urines rares.

Système capillaire. — Cheveux courts, fins et légers, secs et cassants.

Appelé, pour la première fois auprés de la malade à l'occasion de la douleur d'oreilles survenue durant la grippe, en janvier 1911, je fus profondément frappé par son habitus extérieur. Rien à faire dn côté de l'oreille ; l'état général méritait, au contraire, une sérieuse attention. Déjà, le médecin traitant avait prescrit des « fortifiants » et en particulier du quinquina. Je parvins, sans peine, à convaincre les parents de la nécessité de me confier leur fille dont l'insuffisante capacité respiratoire était évidente.

31 *janvier* 1911. — *Etat actuel.* — Enfant de taille au-dessus de la moyenne. Regard vif ; maigreur excessive du visage, accentuant, de façon exagérée, la proéminence du nez.

Fosses nasales. — Dimensions normales. Pituitaire décolorée. Pas d'hypertrophie.

Arrière-fosses nasales. — Aucune trace de végétations adénoïdes.

Bouche et pharynx. — Rien à noter.

Larynx. — Parésie légère des cordes vocales.

Voix. — Un peu voilée.

Peau. — Jaune grisâtre, sèche et rude au toucher. Jamais de transpiration. Depuis deux ans, éruption permanente d'acné; exclusivement localisée au front.

Tête et cou. — Amaigris ; inclinés en avant.

Thorax. — Face antérieure : saillie des clavicules accentuant la profondeur des fosses sus et sous-épineuses. Relief des côtes, surtout à la partie inférieure.

Profil : aplatissement de la poitrine ; exagération de l'ensellure lombaire. Proéminence des têtes humérales.

Face postérieure : saillie exagérée des omoplates et des apophyses épineuses de la région dorso-lombaire.

Masses fessières. — Notablement réduites de volume.

Membres. — Grêles.

Respiration. — Diminuée d'ampleur. Murmure vésiculaire à peine perceptible, surtont aux sommets.

La malade a, durant quatre mois, été sonmise à des exercices de gymnastique respiratoire. Pas de médicaments. Elle s'est montrée d'une docilité et d'une ponctualité parfaites. Le concours zélé et intelligent prêté par sa mère mérite, en ontre, de très justes éloges. Les résultats ont été aussi rapides qu'encourageants, comme en témoigne la lecture des notes suivantes.

14 *février.* — Ohligée de mettre, aujourd'hui, un cache-corset nonveau, les autres étant devenus trop étroits.

20 *février.* — A vomi, avant-hier, à deux reprises, dans la matinée. Indisposition légère, aujourd'hui, avec nausées. Cépbalées. Malaises analogues. Il y a juste un mois : cela fait penser à l'avénement prochain des règles.

30 *mars.* —De l'avis nnanime des personnes qui ne l'ont pas vue depuis un certain temps, la malade est littéralement transformée. C'est aussi l'opinion de sa maîtresse de cours, laquelle, cependant, dominée par des préoccupations professionnelles, ne peut se garder d'insinuer que la suspension des études va engendrer des babitudes de paresse.

13 *mai.* — Apparition, avant-hier, des premières règles : peu abondantes et déjà arrêtées.

2 *juin.* — Cessation définitive du traitement.

Céphalées. — Plus de traces.

Sommeil. — Meilleur ; moins de rêves ; ne crie plus; dort plus longtemps. Entièrement reposée au réveil.

Système respiratoire. — Pituitaire de coloration normale. Respiration large et égale. Nez constamment libre. Plus la moindre atteinte de coryza ; ni éternuements, ni toux.

Système digestif. — Appétit excellent à tous égards. La constipation a, depuis le début de la cure, cédé, de façon complète, à la pratique des exercices respiratoires.

Système circulatoire. — Plus jamais froid aux pieds.

Système urinaire. — Urines plus abondantes, plus réguliéres et plns claires.

Système cutané. — Teint bien meilleur, Peau plus rosée, de grain plus fin, plus douce et plus onctueuse au toucher. Pavillons des oreilles moins jaunes ; yeux plus animés. Toujours un peu d'acné sur le front et la portion antéro-supérieure du thorax.

Système capillaire. — Cheveux plus gras et moins cassants.

Système nerveux. — Moins excitable que jadis.

Un peu plus de goût pour le travail intellectuel.

9 *juin.* — Au cours, où elle est revenue depuis quatre jours, sa transformation a surpris toutes ses compagnes. Elle ne trouve pas, hélas chez sa maîtresse, les encouragements auxquels elle s'attendait. Celle-ci, toujour un peu dépitée de l'arrêt des études, ne néglige aucune occasion de traduire son mécontentement. Exemple : « Ce n'est pas la peine d'avoir engraissé et d'être devenue si grosse, si tu ne peux réussir à faire ceci ou cela ».

29 *septembre.* — Revenues pour la seconde fois à la Pentecôte, les règles sont demeurées suspendues jusqu'en septembre. Elles ont alors reparu et n'ont plus discontinué jusqu'à l'heure actuelle (septembre 1912.)

Vient de passer deux mois au bord de l'océan ; a pris quantité de bains qui, joints aux fortes chaleurs de l'été, l'ont excessivement déprimée. Plutôt nerveuse. A perdu 2 kil. 500 depuis la cessation du traitement ; mais a encore grandi de 0 m. 020 mm.

D'autre part, les chiffres ci-dessus, extraits d'un tableau régulièrement tenu à jour, font apprécier la marche exacte des progrès réalisés :

A. — *Taille.*

23 janvier 1911	1 m. 550
9 février 1911	1 m. 562
28 février 1911	1 m. 564
28 mars 1911	1 m. 570
3 mai 1911	1 m. 576
18 mai 1911	1 m. 579
2 juin 1911	1 m. 581
28 septembre 1911	1 m. 600

B. — *Poitrine* (1).

	A	M	D
23 janvier 1911	68 69	69 70	60 62
9 février 1911	69 72	70 72	61 64
28 février 1911	71 74	72 75	62 67
28 mars 1911	73 76	73 77	62 68
3 mai 1911	74 78	74 79	63 69
2 juin 1911	78 81	77 80	65 70

(1) La mensuration est effectuée à trois hauteurs différentes: au niveau des lignes axillaire (A), mamelonnaire (M) et diaphragmatique (D); d'où les trois groupes de chiffres. Dans chacun de ceux-ci, le premier nombre (68) représente le périmètre thoracique, la poitrine au repos; le second (69) indique le développement auquel arrive le thorax dans l'inspiration forcée.

C. — *Poids* (1).

23 janvier 1911	36 k. 870
9 février 1911	37 k. 610
17 février 1911	38 k. 510
28 février 1911	38 k. 930
16 mars 1911	40 k. 340
28 mars 1911	41 k. 900
8 avril 1911	43 k. 300
15 avril 1911	43 k. 940
3 mai 1911	45 kg 230
18 mai 1911	46 k. 330
2 juin 1911	46 k. 250

Ainsi, dans la réalité, les augmentations, après quatre mois, étaient :
a) Taille : 0 m. 031.
b) Poitrine . 10-12 ; 8-10 ; 5-8.
c) Poids : 9 k. 460.

III

Comme dans toute observation méticuleusement prise, avec le souci incessant de mettre en lumière, méthodiquement, patiemment et sans parti pris, les points même les plus insignifiants, en apparence, l'intérêt du fait qui vient d'être exposé est vivement accru par la connaissance des détails. Ceux-ci, par leur enchaînement, permettent non seulement de remonter à l'origine du coryza, mais encore, ils nous en font comprendre la chronicité, la nature et nous aident à en déterminer, avec exactitude, l'importance.

De par ses antécédents héréditaires, l'enfant devait être naturellement dotée d'un tempérament nerveux. Or, ce dernier ne pouvait qu'être défavorablement influencé par la série des indispositions successives apparues au cours des premières années. Les crises appendiculaires, l'opération qu'elle nécessitèrent, amoindrirent la résistance de l'économie. Enfin, le genre de vie régulièrement menée par la malade, loin de l'atténuer, exagérait encore l'action fâcheuse de ces facteurs morbides variés.

On est frappé de l'état de déchéance dans laquelle se trouvaient maints organes. Considérés à part et superficiellement, les désordres fonctionnels présentés par ces derniers pourraient se... ler de peu de valeur ; groupés, au contraire et embrassés dans une vue d'ensemble, ils acquièrent, à la réflexion, du relief et éclairent d'un jour tout particulier, la pathogénie, autrement obscure, du coryza.

Dans chacun des départements de l'organisme intéressé, nous relevons, en effet, des troubles spéciaux. Mais, qu'il s'agisse de céphalées ou de refroidissement permanent des extrémités inférieures, d'hémorragies gingivales ou de retard dans l'apparition des premières menstrues, d'oligurie ou de pollakiurie, de décoloration des téguments cutané et muqueux, de troubles du sommeil, de tics nerveux, d'instabilité du caractère, de constipation ou même de coryza, on se trouve finalement, contraint de reconnaître à ces symptômes, à première vue si éloignés, un air de parenté au contraire très rapprochée. Tous sont dominés et reliés, n'hésiterai-je pas à proclamer, par l'insuffisance respiratoire, dont il me reste à démontrer, à présent, le rôle pernicieux.

Je m'explique. Réduite de fréquence et d'ampleur, la respiration n'assure plus l'hématose que de façon incomplète. Le sang, progressivement appauvri, devient de plus en plus impropre à la nutrition : l'économie entière en subit, forcément, une atteinte parallèle. En conséquence, le système nerveux, central et périphérique, moteur et sensitif, est altéré, à des degrés divers, dans son fonctionnement.

Ne retenons de ces troubles que ce qui a trait aux sécrétions. Celles-ci seront, suivant le caractère et l'ancienneté de l'insuffisance respiratoire, exagérées ou diminuées, accélérées ou ralenties. C'est un sujet sur lequel je me suis, dans un travail antérieur (1), longuement étendu. Exclusivement basée sur la physiologie, cette hypothèse nous fait aisément saisir le mécanisme de quantité de désordres sécrétoires d'origine vaso-motrice soit généralisés, soit limités à des segments déterminés des muqueuses (respiratoire, digestive, génitale). Le même raisonnement, et pour des raisons identiques, s'applique au tégument cutané.

An reste, la contre-épreuve ne nous est-elle pas fournie par le traitement ? Qu'on se reporte aux résultats acquis : ils témoignent de toute évidence, de la subordination étroite des symptômes constatés à l'insuffisance respiratoire. A mesure, en effet, que s'amendait la dernière, les premiers rétrocédaient proportionnellement, arrivant même, pour la plupart, à disparaître de façon complète.

* * *

En résumé :

Le coryza n'est jamais une maladie essentielle, bien définie, toujours exactement semblable à elle-même. C'est simplement et le plus régulièrement l'une des manifestations multiples par lesquelles se traduit une altération passagère ou permanente, légère ou profonde, de l'économie générale.

Pareille conception pathogénique facilite grandement l'explication des formes si nombreuses de coryzas. En effet, tout se réduit, dès lors, à une question de degrés dans l'action de la cause, le principe étiologique demeurant invariable, aussi bien pour le rhume de cerveau le plus banal que pour l'ozène lui-même, en passant par tous les types intermédiaires.

Suivant le genre, le coryza s'accompagnera de modifications variables dans la composition des tissus des fosses nasales, pouvant aller de la congestion avec hypertrophie simple jusqu'à l'atrophie intéressant la charpente osseuse elle-même.

L'insuffisance respiratoire joue un rôle indiscutable dans la genèse du coryza. Aux preuves déjà fournies ailleurs (2) *s'ajoutent celles apportées aujourd'hui.*

Sa chronicité doit rendre le coryza particulièrement suspect chez l'enfant. L'avenir, surtout, est alors en jeu. S'il y a indication à exercices respiratoires, la longueur éventuelle du traitement pourra souvent provoquer les hésitations simultanées des parents et des maîtres. On cherchera à éclairer les uns et les autres sur leurs véritables devoirs ; au besoin, on saura, par une insistance douce mais opiniâtre, s'efforcer d'obtenir un concours unanime pour l'intérêt bien compris des petits malades.

Des effets analogues succédant à l'action de causes identiques, la meilleure façon de se prémunir contre le retour possible du coryza sera d'éviter les raisons qui en avaient provoqué l'apparition. Le fallût-il, que la répétition de la cure serait, en tout cas, suivie de résultats aussi favorables.

Envisagé dans ses origines et aussi dans sa marche, le coryza doit donc, sauf exceptions, être maintenu dans le cadre de la pathologie générale. Aussi, spécialistes et praticiens ordinaires, ne devront-ils jamais perdre de vue ce point essentiel dans leurs tentatives thérapeutiques.

(1) Les poids ont toujours été pris aux mêmes heures, la malade étant complètement nue.

(1) Marcel NATIER. — La rhinorrhée exclusivement symptomatique de neurasthénie. Son traitement, 240 pages avec 15 figures. (Paris 1901).

(2) Marcel NATIER. — *a*) Ozène et gymnastique respiratoire, avec 6 fig. (*Soc. de Méd. de Paris*, 28 mai 1910).
b) Ozène, nutrition et respiration. Etiologie et pathogénie. (*Ib.*, 9 juin 1911).

Un cas rare d'Epilepsie à début tardif

MORT EN ÉTAT DE MAL

Par M. le Docteur PAUL GUERRIER
Médecin aide-major au 124e d'Infanterie.

Les cas où l'épilepsie dite « essentielle » apparaît après l'adolescence sont rares et ont été souvent contestés. Aussi, il nous a semblé que l'observation suivante, intéressante à tous égards, pouvait être utilement versée aux débats.

Le malade L..., âgé de 21 ans entre à l'hôpital de Laval, le 7 novembre 1912, pour courbature fébrile.

A son entrée à l'hôpital il accuse une céphalée très vive ; il a dans la journée un vomissement assez abondant. Bon état général. La température vespérale est de 39°8. Pouls régulier. Langue légèrement saburrale. Aucun autre symptôme morbide.

Le lendemain ces symptômes ont à peu près disparu. La température est normale et tout paraît terminé.

Le 11 au matin (quatre jours après l'entrée à l'hôpital) le malade se plaint d'avoir la tête lourde ; quelques instants après, il est pris d'une crise nerveuse qui, d'après les renseignements fournis, a évolué comme une crise épileptique. Début par la pâleur de la face ; période tonique, puis clonique ; morsure de la langue ; incontinence d'urine. La crise se termine par une période de stertor assez courte.

Pendant la journée le malade reste inerte, ne prononce aucune parole, ne répond pas aux questions. Il semble indifférent à son état et refuse tout aliment. L'examen du système nerveux et des autres appareils est négatif. Pouls normal. La température est de 37°7 le matin et de 36°6 le soir.

Le lendemain l'état ne s'est pas modifié. Il y a toujours du mutisme, du refus des aliments ; le malade reste immobile dans son lit et cherche simplement à s'éloigner quand on l'examine. L'examen des différents appareils est toujours négatif. Pas de sucre ni d'albumine dans l'urine. Il n'y a pas de nouvelle crise pendant la journée. Traitement bromuré intensif (10 grammes en lavement et par gavage).

Le 13 les crises convulsives reprennent avec plus d'intensité. Il y a quatre crises dans la journée. Ces crises, auxquelles nous assistons, ont tous les caractères des crises épileptiques. An début le malade a le regard fixe et semble anxieux ; puis il pâlit. Pas de cri. Période tonique extrêmement courte, de quelques secondes. Pendant la période clinique les mouvements convulsifs intéressent les deux côtés du corps, sans prédominance sur aucun membre. Morsure de la langue. Incontinence d'urine. Stertor durant près d'une heure après chaque crise. Le traitement bromuré est continué.

Le 14 l'état s'aggrave ; la température commence à s'élever. Les crises deviennent plus nombreuses et se produisent dès qu'on remue le malade. Dans l'intervalle des crises l'obnubilation intellectuelle est toujours la même. Il n'y a qu'un court moment de lucidité relative pendant lequel le malade prononce quelques mots.

Le 15 au matin, les crises sont subintrantes et sont provoquées par le moindre attouchement. Le visage est cyanosé ; la température atteint progressivement 40°. Le malade meurt dans la journée.

L'autopsie a montré une congestion assez intense de la plupart des organes.

L'écorce cérébrale présente une congestion

uniforme, mais il n'y a aucune autre lésion constatable sur les différentes coupes du système nerveux. Les méninges sont normales.

Poumons congestionnés, sans œdème ni hépatisation. Pas de lésion ancienne aux sommets.

Le foie, la rate et les reins sont également congestionnés. Les autres organes (cœur, surrénales, etc.) sont sains.

La mort doit être attribuée à l'état de mal épileptique, comme le montrent les résultats négatifs de l'autopsie.

Ce qu'il y a de curieux, c'est que les crises paraissent avoir été la première manifestation épileptique chez le malade. On n'a pas de renseignement sur les parents, L... étant pupille de l'Assistance Publique. Il a toujours été chez les mêmes personnes. Son développement a été normal, il a appris à marcher et à lire dans les conditions habituelles. Pas de convulsions ni d'incontinence d'urine dans l'enfance. L... n'a pas présenté de crise nerveuse pendant l'adolescence, ne s'est jamais plaint d'être fatigué au réveil, d'avoir de la céphalée. On ne constatait chez lui aucune cicatrice ni aucune des anomalies signalées chez les épileptiques (en particulier pas de malformation cranienne, de voute ogivale ni d'asymétrie faciale).

Il semble donc que l'épilepsie a débuté dans ce cas d'une façon tardive et s'est manifestée d'emblée par un état de mal qui a rapidement entraîné la mort.

La Hernie épigastrique

Par le Docteur Lucien THIRIAR
Chirurgien adjoint à l'Hôpital Saint-Pierre de Bruxelles

Quand un malade présente un groupe de symptômes se rattachant à un organe déterminé, il ne faut pas se borner à les reconnaître et à les traiter ; en praticien avisé, votre devoir est de pousser plus loin vos investigations pour arriver à un diagnostic causal bien établi. Combien de fois, par exemple, n'a-t-on pas accusé l'estomac de tous les malaises, alors que les troubles digestifs n'étaient que le résultat d'excitations réflexes venant d'autres organes tels que la vésicule biliaire, le foie, le rein, l'utérus, etc. ! Que de médications épargnées contre la soi-disant gastrite, si l'on s'était donné la peine d'examiner attentivement son malade ! Cette erreur, trop fréquente encore, je l'ai vu commettre plusieurs fois à propos d'une affection en apparence bénigne, peu commune semble-t-il, à moins qu'elle ne restât souvent ignorée, je veux parler de la *hernie épigastrique.*

Je connais, pour ma part, plusieurs malades porteurs d'une petite hernie épigastrique à peine appréciable et restée ignorée, chez qui le diagnostic de gastrite avait été porté dès le début de leur affection ; troubles digestifs, inappétence, vomissements, douleurs gastriques, amaigrissement, tout semblait justifier le diagnostic de gastrite. Dans la suite, le traitement ne donnant aucune amélioration, on avait pensé à un ulcère ou à un cancer du pylore et il était question d'intervention opératoire, de gastro-entérostomie : heureusement un examen plus approfondi fit découvrir chez eux une hernie de la ligne blanche dont la cure radicale supprima du coup tous les symptômes qui rendaient à ces malheureux la vie insupportable. Voici d'ailleurs résumées quelques observations typiques :

I. M..., 32 ans, employé de banque, souffre depuis six mois de troubles digestifs ; il consulte plusieurs médecins qui le soignent pour sa gastrite, mais régimes et traitements variés restent sans résultat. Pendant un mois, on lui lave copieusement l'estomac dans une policlinique de la ville : rien n'y fait ; finalement, on parle de tumeur pylorique et on propose au malade une laparotomie exploratrice qui seule peut éclairer le diagnostic. C'est à ce moment que M... vient me voir : il se plaint d'inappétence, de douleurs gastriques surtout violentes après les repas, s'irradiant dans le dos ; il a eu quelques vomissements, il n'a jamais remarqué la présence de sang dans ses selles ; il a beaucoup maigri (12 kilos.) et il se sent tellement faible qu'il ne lui est plus possible de remplir ses fonctions d'encaisseur. A l'examen, l'épigastre est tendu ; la palpation ne dénote rien à la région pylorique, mais elle est douloureuse au niveau de la ligne blanche où l'on perçoit, à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic, une petite tumeur grosse comme un pois, irréductible ; c'est à ce point que le malade localise le maximum des douleurs ressenties plus vivement après les repas.

Il n'existe ni clapotement, ni dilatation stomacale ; le chimisme gastrique est normal.

L'existence de la petite hernie épigastrique me paraît suffisante pour expliquer les troubles digestifs qui tourmentent le malade et je procède à une cure radicale.

Opération : incision cutanée de 5 centimètres au niveau de la tumeur, le long de la ligne blanche ; par une dissection minutieuse, j'isole parfaitement la petite tumeur constituée par un lobule graisseux qui fait hernie à travers un orifice de la ligne blanche ; au moyen des ciseaux, je dégage ce lobule et je constate qu'il est intimement adhérent au feuillet pariétal du péritoine qui est fortement tiraillé et forme une espèce d'infundibulum. Accolé au lobule graisseux, on distinguait nettement un petit filet nerveux qui se trouvait fortement comprimé à son passage au niveau de l'orifice de la ligne blanche. Après résection du lobule, je referme l'anneau herniaire par quelques fils de soie et je termine l'opération par la suture de la peau.

Les suites furent normales ; dès le lendemain, les douleurs avaient disparu, et après 48 heures, M... put s'alimenter progressivement sans ressentir le moindre trouble digestif. J'ai revu le malade dernièrement et il m'a assuré n'avoir plus jamais rien ressenti du côté de l'estomac depuis son opération, c'est-à-dire depuis six ans.

II. H..., 33 ans, musicien, n'a pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Depuis deux ans, il présente tous les symptômes rappelant l'ulcère gastrique : douleurs gastralgiques, lancinantes au creux épigastrique, avec irradiations dans les hypochondres et au rachis ; tiraillements d'estomac accompagnés de pyrosis, surtout après les repas, nausées, dégout pour les aliments ; pas d'hématémèse, mais il a constaté, à deux reprises, que ses selles étaient noires. Le teint est jaunâtre, les yeux sont enfoncés dans les orbites : amaigrissement très prononcé (le malade a perdu 14 kilos en quatre mois) ; idées de suicide.

A l'examen du ventre, on ne trouve rien à la région pylorique ; au niveau de la ligne blanche, on sent un petit nodule, irréductible, douloureux à la palpation. Malgré la découverte de cette hernie épigastrique qui, à mon avis, était suffisante pour expliquer les troubles graves présentés par mon malade, je décide de poursuivre mes investigations et je fais faire l'analyse du suc gastrique et l'examen radioscopique ; ces deux épreuves me montrent, d'une part, un chimisme gastrique normal et, d'autre part, un estomac à peu près normal, descendant jusqu'à l'ombilic, avec contractions un peu exagérées, le pylore fonctionnant normalement.

Dès lors, l'hésitation n'était plus permise et je proposai la cure radicale de la hernie épigastrique. A l'opération, je pus voir que la tumeur était formée par du tissu graisseux propéritonéal qui avait entraîné le péritoine à travers un petit orifice fibreux de la ligne blanche. Le malade, très nerveux, accusa encore pendant quelques jours des douleurs à l'épigastre ; mais, à partir du cinquième jour, il commença à s'alimenter normalement et depuis huit mois que l'opération est faite, il n'a plus rien ressenti à l'estomac et il peut manger de tout ; il a d'ailleurs regagné ses 14 kilos et plus.

III. X..., 40 ans, est adressé à M. le professeur Van Engelen pour être opéré de gastro-entérostomie ; d'après les renseignements fournis par le médecin traitant, il s'agit d'un rétrécissement néoplasique du pylore ; l'aspect du malade fait penser de suite au cancer de l'estomac : teint jaune paille, yeux excavés, amaigrissement très prononcé ; de plus, inappétence, vomissements, douleurs gastriques, etc. Cependant l'épreuve radioscopique n'est pas concluante : il semble plutôt que l'estomac fonctionne bien, se contracte normalement. Procédant à un examen attentif de l'épigastre, on découvre une petite hernie de la ligne blanche dont la cure radicale amena la disparition de tous les symptômes gastriques.

Je ne rapporterai pas l'observation de plusieurs autres cas que j'ai eu l'occasion d'opérer en ces derniers temps et dont l'histoire clinique peut se calquer sur les précédentes ; en effet, c'est toujours la même symptomatologie, rappelant les signes de l'ulcère et du cancer gastriques.

Les caractères anatomiques de la hernie épigastrique sont bien connus : située sur la ligne blanche, entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, elle est presque toujours unique, sessile, irréductible, du volume d'un pois ; son petit volume la rend parfois difficilement appréciable et il faut souvent un examen attentif pour la découvrir ; superficielle, elle n'est recouverte que par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Au point de vue anatomique, elle est formée par un peloton de graisse, lobule graisseux propéritonéal qui s'est engagé dans une des lacunes losangiques de la ligne blanche, entraînant à sa suite le feuillet pariétal du péritoine ; ce diverticule péritonéal infundibuliforme peut alors renfermer soit de l'épiploon, soit une anse intestinale ; certains auteurs ont prétendu y avoir rencontré l'estomac (gastrocèle) ; le plus souvent, cette hernie constitue un véritable lipome herniaire qui, par ses tiraillements sur le péritoine, détermine des troubles gastriques très sérieux.

Chose singulière, cette affection se rencontre presque uniquement chez l'homme ; serait-ce une hernie de faiblesse, due soit à une malformation congénitale de la ligne blanche, soit à une faiblesse de la paroi qui se laisse forcer à la suite des efforts ou d'un traumatisme.

Dans le jeune âge, la hernie épigastrique est rare ; elle serait due, d'après Ertaud, à une absence de soudure de la ligne blanche ou à une anomalie de développement des muscles grands droits. Brandenberg insiste sur ce fait que, « chez l'enfant, un symptôme habituel doit pousser le médecin à la soupçonner : c'est la douleur abdominale aussitôt après les repas, surtout après le déjeuner du matin. Les enfants cherchent à calmer leurs douleurs soit en pressant sur le ventre, soit en se couchant, le ventre appuyé sur le lit ; la crise douloureuse ne dure que quelques minutes.

La tumeur herniaire est souvent très petite, généralement située sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, quelquefois un peu latérale. L'accroissement de la pression intra-abdominale, causée par les cris et la toux, constitue, avec l'engraissement du sujet, une cause prédisposante importante dans l'apparition de pareilles hernies. »

Cliniquement, outre les caractères objectifs cités plus haut, la hernie épigastrique se signale par des phénomènes fonctionnels très importants : douleurs au creux épigastrique avec irradiations, pouvant s'accompagner de vomissements parfois sanguinolents, nausées, amaigrissement, perte de forces, neurasthénie, symptômes caractéristiques d'une affection organique de l'estomac : ulcère, cancer. Aussi est-il permis d'hésiter pour

le diagnostic, d'autant plus que la coexistence des deux affections n'est pas rare. Pour éviter l'erreur, la conduite à tenir est bien simple ; une fois la hernie épigastrique reconnue, poussant plus loin ses investigations, on pratique un examen approfondi de l'estomac ; lavages d'estomac, analyse du suc gastrique, recherche des ganglions, examen radioscopique ; s'il subsiste encore un doute, il est indiqué, au cours de la cure radicale de la hernie, de faire une exploration méthodique de l'estomac qui permettra d'assigner aux troubles gastriques leur véritable cause et d'y apporter le traitement approprié. Pour ma part, je n'ai constaté qu'une seule fois, sur une douzaine de cas de hernie épigastrique qu'il m'a été donné d'observer, la coexistence de cette affection et de l'ulcère gastrique. Je ne peux donc pas partager l'opinion de Mathieu qui déclare que la dyspepsie douloureuse ne vient pas, le plus souvent tout au moins, de la hernie épigastrique et qui se dit convaincu que le rapport entre ces deux affections est inverse, c'est-à-dire que la petite hernie épigastrique devient douloureuse parce qu'il existe une lésion de l'estomac susceptible de donner lieu à un processus inflammatoire propagé à la petite masse épiploïque herniée. Le cas du professeur Van Engelen démontre surabondamment que la hernie épigastrique peut présenter une symptomatologie absolument identique à celle du néoplasme et de l'ulcère gastriques, quitte à contrôler le diagnostic par une analyse du suc gastrique et l'examen radioscopique.

REVUE CLINIQUE

A propos du traitement de la Maladie de Basedow chez les Enfants.

Par M. le Docteur BÉRARD

Voici un petit garçon de 12 ans chez lequel j'ai dû intervenir chirurgicalement pour un goitre exophtalmique vrai, apparu depuis trois ans, aggravé beaucoup il y a deux ans par un traitement ioduré intempestif et qui, depuis cette époque, n'a cessé de progresser, malgré les thérapeutiques les plus méthodiques, par la thyro-antitoxine, les préparations bromurées, l'hydrothérapie et le repos complet.

Depuis six mois cet enfant avait beaucoup maigri, en même temps qu'il avait une diarrhée à peu près continue et une asthénie absolue contrastant avec une excitabilité extrême. Son pouls variait de 120 au repos à 160 et 170 dans les moments d'émotion ou après la marche. Exophtalmie considérable, tremblement, fausses intermittences au pouls, rien ne manquait au syndrome.

Le goitre, massif et étalé, couvrant la trachée, était de consistance molle, très vasculaire, donnant du thrill à la palpation. Il occasionnait depuis quelques mois des accès de dyspnée nocturne.

Pas d'étiologie précise ; cet enfant est originaire d'une région goitrigène du Jura ; ses parents sont bien portants, mais il y a des antécédents tuberculeux collatéraux. Lui-même n'aurait jamais fait de maladie sérieuse antérieurement et n'aurait subi aucun choc émotif.

A cause de l'âge du petit malade, des caractères de sa tumeur et des troubles vasculaires considérables, j'ai pratiqué chez lui l'opération la plus simple, c'est-à-dire la ligature de trois des artères thyroïdiennes sur quatre, ne ménageant que l'artère thyroïdienne supérieure gauche. L'opération fut des plus faciles, sous anesthésie légère à l'éther après une injection de morphine-atropine.

Il y eut, comme d'habitude, de l'excitation cardiaque et générale et une élévation thermique à 38,5, et même à 39 pendant deux jours après l'intervention. Quelques gouttes de teinture de digitale, un cachet quotidien de quinine et antipyrine firent céder ces petits accidents. Le pouls revint à 100, puis à 90 dès le cinquième jour, mais avec persistance des fausses intermittences, toutes les deux, puis toutes les cinq pulsations.

Actuellement, après trois semaines, le tour de cou est revenu de 33 à 29 centimètres. Le tremblement a cessé. Le pouls varie de 80 à 90 au repos, mais monte encore facilement à 120 par le mouvement. L'exophtalmie, symptôme le plus tenace, est encore très prononcée. L'enfant est plus calme ; il dort bien et s'alimente facilement. La diarrhée a cessé.

Malgré la rareté relative du goitre exophtalmique chez des jeunes sujets, c'est le troisième petit malade que j'opère dans ces conditions avant l'âge de 15 ans ; pour les deux autres cas la ligature de trois artères thyroïdiennes a été également heureuse dans ses résultats. Ainsi que le prétend M. Jaboulay, la ligature des thyroïdiennes n'agit pas seulement en supprimant l'afflux sanguin dans la glande, mais encore, par la dénudation des artères, en élongeant et supprimant beaucoup de filets nerveux périvasculaires ; à ce titre, elle se rapproche de la sympathicectomie (1).

Un signe certain de la pleurésie purulente

Toutes les fois que du pus se produit dans une des deux grandes cavités pleurales, dans les cavités interlobaires ou diaphragmatiques, a observé M. le docteur Polle (de Bohain), il se forme une hypertrophie très nette du groupe antéro-interne des ganglions axillaires du coté correspondant.

Cette hypertrophie, qui peut être constituée dès le début, permet d'affirmer l'existence d'une pleurésie purulente ; elle dure jusqu'à la mort ou la guérison et elle est fréquemment douloureuse au toucher.

En conséquence :

Si vous craignez une pleurésie purulente, explorez l'aisselle.

Si vous constatez une hypertrophie unilatérale des ganglions axillaires antéro-externes et vous soupçonniez l'existence d'une pleurésie purulente du même côté, ponctionnez sans hésitation en plusieurs régions différentes.

1° Ponctionnez au niveau de la cavité pleurale ;

2° Au niveau des scissures interlobaires ;

3° Au niveau des culs-de-sac diaphragmatiques.

Ponctionnez avec ténacité.

Si le pus monte dans le corps de la seringue, repérez soigneusement la profondeur de l'aiguille, examinez sa direction, son immobilité ou ses mouvements de va-et-vient.

Vous éviterez ainsi de faire suivre d'une opération blanche une ponction réussie.

L'opération dans tous les cas sera facilitée par une anesthésie assez profonde, qui supprime des réflexes pleuraux dangereux.

REVUE DE PATHOLOGIE

Les vieux Emphysémateux, Semeurs de bacilles

Par M. le Docteur EDG. HIRTZ
Médecin de l'Hopital Necker

Les rapports de l'emphysème pulmonaire et de la tuberculose ont gagné un regain d'intérêt par les discussions récentes de l'Académie, à propos de la « Déclaration » de la tuberculose.

L'emphysème généralisé qui, pour M. Hirtz, est une réaction de défense antituberculeuse, a une influence des plus heureuse sur l'évolution de la tuberculose. Malheureusement, cette action d'arrêt de l'emphysème n'est pas indéfinie, et, sous l'influence des maladies intercurrentes, de fatigues, de privations, de déchéance de l'organisme, le bacille de Koch peut se réveiller et pulluler à un âge avancé, exceptionnellement sous forme de granulie, le plus souvent sous les dehors sournois et rassurants d'un catarrhe bronchique.

C'est alors que le malade, qui n'en a cure, sème autour de lui les bacilles, sans compter, passant pour le bon emphysémateux, le vulgaire asthmatique, d'ordinaire gras et obèse. Et toute la famille entoure de soins pieux père ou grand-père : spectacle touchant, mais lamentable, car leurs caresses sont mortelles pour leur entourage, surtout pour leurs petits-enfants qui trop souvent, hélas, sont emportés par une méningite. Aussi voit-on parfois disparaître des familles presque entières, contaminées par un emphysémateux âgé, dont personne ne se méfie.

C'est pourquoi le devoir du médecin est-il, chez tout emphysémateux, de rechercher non ce qu'il est, mais ce qu'il cache et, sous un aspect de tout repos, de savoir arracher le masque de la tuberculose. Car la prophylaxie seule peut éviter la contagion. Or, cette prophylaxie ne saurait être sentimentale et, pour être réellement efficace, elle doit être parfois cruelle.

Aussi le Dr Hirtz réclame-t-il avec force l'isolement à la campagne de toutes les tuberculoses pulmonaires ouvertes, dans des bâtiments simples, où les malheureux tuberculeux trouveraient le toit et le couvert, le bon air et le soleil. Ainsi on enlèverait à des individus dangereux la latitude de tuer leurs voisins. De semblables établissements, que certains ont qualifié de « crevoirs », permettraient de sauver des milliers d'existences, car ici ce n'est pas le mot qui tue.

Le Diagnostic de la syphilis hépatique

Par M. le Docteur V.-L. SCHRAGER

Le diagnostic de la syphilis hépatique est difficile et parfois même impossible ; ceci revient au fait qu'elle simule étroitement presque toutes les affections du foie. la lithiase biliaire et le cancer, en particulier. Parfois, l'évolution clinique de la maladie rappelle de près certaines maladies fébriles. Lorsqu'un malade présente un ensemble de symptômes faisant penser à une maladie du foie et que, d'autre part, l'historique de la maladie est atypique, l'ordre et le caractère des symptômes irréguliers, il faut envisager la possibilité d'une syphilis du foie. Pour faire un diagnostic définitif, il faut avoir recours à la réaction de Wassermann et essayer un traitement spécifique.

1. *Cholecystite avec ou sans calculs.* — Riedel (*Grenzg. d. Med. u. Chir.*, 1904, XIV, 1) rapporte le plus grand nombre d'erreurs de diagnostic, beaucoup de malades ayant été opérés pour une prétendue lithiase biliaire, mais qui ont été trouvés affectés de gommes hépatiques. Joseph-L. Miller rapporte 6 cas de syphilis du foie, dans lesquels on a diagnostiqué une fois la cholécystite et 2 fois la lithiase. Frank Billings (*Phil. Med. Journ.*, 1900, p. 671) raconte le cas d'un malade opéré pour une lithiase biliaire qui paraissait typique ; or, il s'est trouvé qu'il n'y avait pas de lithiase, mais gommes du foie. Les difficultés de diagnostic s'aggravent encore lorsque le malade est en réalité affecté de cholécystite avec ou sans pierres, en même temps qu'il présente une syphilis hépatique. Cette association a été observée par Charles H. et W.-J. Mayo (*Queen's Surg.*, III, 980) 4 fois.

2. *Cancer.* — Wirchow affirme qu'il a vu les meilleurs cliniciens confondre la syphilis hépatique avec le cancer. Joseph. L Miller a vu un malade qui portait le diagnostic du cancer, mais qui a été guéri par un traitement spécifique. La syphilis hépatique présente quelques-uns des symptômes caractéristiques du cancer, tels que

(1) Soc. médic. des hôp. de Lyon.

douleurs, tumeur du foie, cachexie, ascite, symptômes gastro-intestinaux, absence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. D'après Fournier l'ascite serait très rare dans la syphilis. Un malade de William Morgan était atteint d'ascite en même temps qu'il présentait des gommes. Dans le cancer, il n'y a pas d'augmentation de la rate, pas d'albuminurie. La tumeur hépatique n'est jamais aussi volumineuse dans la syphilis que dans le cancer. La syphilis dure plus longtemps et affecte des personnes plus jeunes.

3. *Abcès du foie.* — Klemperer (*Therap. der Gegenw.*, 1903) a vu deux cas dans lesquels on a pris une syphilis hépatique pour un abcès du foie ; ces erreurs sont plus fréquentes dans les pays chands.

4. *Pyélophlébite septique.* — Cas observé par Arthur Edwards. Un traitement mixte a amené la guérison.

5. *Tuberculose pulmonaire.* — Des cas dans lesquels on note des sueurs nocturnes, perte de poids, fièvre nocturne et toux, peuvent être confondus avec la tuberculose pulmonaire ; E.-G. Janeway (*Amer. J. Med. Ass.*, 1898, p. 251, sept.), Joseph. L. Miller, Baümler et d'autres rapportent des cas pareils.

6. *Fièvre typhoïde.* — La fièvre typhoïde peut masquer la syphilis hépatique là où il y a fièvre vespérale, leucopénie, augmentation de la rate. Hirschberg, Raichline et Baümler ont vu de telles erreurs de diagnostic.

7. *Paludisme.* — Le paludisme a été diagnostiqué à plusieurs reprises à la place de la syphilis hépatique. Une fièvre intermittente, des frissons une augmentation de la rate induisent en erreur les cliniciens les plus adroits.

8. *Anémie splénique.* — Elle est diagnostiquée là où il y a augmentation de la rate, un foie de volume normal.

9. *Cirrhose atrophique ou hypertrophique.* — Le diagnostic différentiel est très difficile. Dans la syphilis, le foie est irrégulier et l'ascite ne se rencontre pas habituellement, ce par quoi elle se distingue de la cirrhose atropique.

10. *Rein mobile.* — Un foie lobulé peut simuler un rein mobile. On voit que les maladies sont nombreuses avec lesquelles on peut confondre la syphilis hépatique. On fera bien d'instituer pour une durée de 3-6 semaines un traitement spécifique, toutes les fois que le malade présente des symptômes vagues, typiques du côté du foie.

Traitement. — Un traitement antisyphilitique mixte exerce une action remarquable sur la syphilis hépatique. Les résultats rapportés sont si merveilleux qu'on se refuse à y croire. Des malades ont été guéris complètement au bout d'une ou deux semaines de traitement spécifique.

Conclusions. — 1° La syphilis hépatique est beaucoup plus fréquente que ne le font supposer les statistiques cliniques. La réaction de Wassermann aidera beaucoup à la reconnaître ;

2° Les symptômes de la syphilis hépatique ne sont pas pathognomoniques ;

3° Dans tous les cas douteux on fera bien de recourir à la réaction de Wassermann et au traitement spécifique ;

4° Le traitement mixte de la syphilis hépatique fournit des résultats merveilleux, quelle que soit la durée de la maladie.

REVUE DE CHIRURGIE

Deux cas d'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse

Par M. le Dr J. VANVERTS, (de Lille)

J'ai observé deux faits d'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse.

Dans le premier l'occlusion était complète. Le ventre renfermait une certaine quantité de liquide ascitique ; de nombreuses adhérences friables unissaient les anses intestinales entre elles et à la paroi. L'intervention consista dans l'évacuation du liquide et dans la libération de quelques anses. Elle suffit à rétablir le cours des matières et à obtenir la guérison, qui se maintient parfaite plus d'un an après.

Dans le second cas, l'occlusion était complète. Le ventre renfermait du liquide ascitique abondant et libre. Dans la région du cæcum existaient des indurations et je me demandai si la cause de l'occlusion n'était pas due à un rétrécissement tuberculeux de l'intestin dans cette région ; mais l'absence de dilatation de l'iléon n'étant pas en faveur de cette hypothèse, j'abandonnai l'idée de pratiquer une entéro-anastomose. Ici encore, la laparotomie simple fut suivie de la disparition des phénomènes ; mais cette disparition ne fut que temporaire ; au bout de quelques jours l'arrêt des matières et des gaz se reproduisit et persista jusqu'à la mort. Je n'ai malheureusement pas pu suivre ce malade après l'opération qui avait été faite dans un petit village éloigné de Lille.

Dans les deux cas auxquels je viens de faire allusion et dont je donne ci-dessous la relation, le diagnostic de tuberculose péritonéale ne fut posé qu'au moment de l'intervention. Celle-ci avait été entreprise pour combattre une occlusion intestinale dont la cause était douteuse. Les antécédents des malades et la marche de l'affection m'avaient cependant permis de penser à la possibilité de la tuberculose.

Obs. I. — Mlle P..., quarante ans, institutrice. En 1908, *hystérectomie abdominale subtotale pour fibrome.*

A la fin de novembre 1911, poussée fébrile qui dure deux ou trois jours. Depuis cette époque des poussées fébriles légères et passagères se sont produites à plusieurs reprises et se sont accompagnées de douleurs abdominales, siégeant presque exclusivement à gauche. Depuis le milieu de janvier 1912. l'apyrexie est absolue.

Dans la nuit du 28 au 29 janvier 1912, apparaît brusquement une violente douleur abdominale. Le 29, la malade vomit à plusieurs reprises un liquide jaunâtre, ne présentant pas d'odeur fécaloïde. Ces vomissements cessent le 30, à 3 heures du matin.

Dans la journée du 30 constipation, expulsion de quelques scybales après lavement. Je vois la malade à 11 heures du matin avec le professeur agrégé Minet. Le faciès est bon ; la température est à 36° 6 ; le pouls est à 78 ; la respiration est à 20. Les douleurs abdominales ont à peu près complètement disparu. Le ventre est légèrement ballonné. Le palper, contrairement à ce qui existait la veille, ne détermine guère de douleurs et ne permet de reconnaître rien d'anormal. Le toucher vaginal est négatif.

On pose le diagnostic d'occlusion intestinale incomplète, peut-être due à des brides ou à des adhérences consécutives à la suppuration prolongée qui aurait suivi la laparotomie il y a quatre ans. Cependant les poussées fébriles successives et aussi l'existence d'une toux qui réapparait fréquemment, nous font penser à la possibilité d'une tuberculose péritonéale.

En raison de l'amélioration qui s'est manifestée depuis hier, nous nous décidons à temporiser.

Un vomissement se produit à 5 heures du soir, à la suite de l'absorption d'un peu de liquide. Les coliques deviennent plus violentes. Le soir, la température est à 36° 6 et le pouls à 70. A 10 heures du soir, les coliques persistent et il y a eu quelques vomissements. Sous l'influence d'un lavement quelques scylabes ont été expulsées.

En raison de la persistance des phénomènes morbides, nous nous décidons à intervenir, sans attendre la production d'une occlusion complète, qui rendrait moins bonnes les conditions opératoires.

L'opération est pratiquée à 11 heures et demie du soir. Incision le long de la cicatrice antérieure. Un peu de liquide citrin s'écoule dès l'ouverture du péritoine. Le péritoine pariétal et intestinal est rouge et parsemé de très nombreuses granulations du volume d'un grain de millet. Les anses intestinales présentent des adhérences entre elles et avec la paroi abdominale ; elles ne sont guère dilatées. La main, promenée dans le ventre, ne déconvre aucune bride Dans le bassin, elle ouvre une petite cavité renfermant du liquide citrin, et elle libère prudemment quelques anses intestinales adhérentes. Dans le mésocôlon iliaque, existe un chapelet de quatre gros ganglions. La paroi abdominale est refermée par un surjet au catgut sur le péritoine, et des sutures au crin sur la peau et l'aponévrose.

Les suites de cette opération furent très simples. Les vomissements cessèrent le 31, à 10 heures du matin. La malade émit des gaz ce jour-là et éprouva l'envie d'aller à la selle. Le lendemain, un lavement permit d'obtenir une selle moulée.

Les jours suivants, les fonctions intestinales reprirent leur évolution normale et l'état général s'améliora considérablement, peut-être sous l'influence de quatre séries d'injection de corps immunisants de Spingler. En juin 1912, le ventre était souple, indolore à la pression, ne présentant aucune induration ; l'état général est excellent.

J'ai revu récemment cette opérée, qui continue à jouir d'une santé parfaite. Elle a présenté, il y a quelques mois, une légère poussée tuberculeuse du côté des ganglions cervicaux.

Obs. II. — Homme, trente six ans, bien portant. Il y a trois mois, apparurent des coliques qui ont, depuis cette époque, été en augmentant. En même temps se produisait une tendance à la constipation et les selles n'étaient plus régulières et nécessitaient souvent l'usage de purgatifs. Depuis ces trois mois, le malade a maigri de 10 kilogrammes.

Le 19 avril 1912, des vomissements, dont quelques-uns sont fécaloïdes, se répètent à plusieurs reprises. La constipation est absolue, et l'émission des gaz est complètement supprimée. Cet état persiste les jours suivants.

Le 22 avril, je suis appelé auprès de ce malade et constate que l'état général n'est pas mauvais. La langue est blanche. Des douleurs abdominales apparaissent sous forme de coliques, Les vomissements fécaloïdes, l'arrêt des gaz et des matières continuent. Il n'y a pas de fièvre. Le ventre est largement ballonné. On voit sous la paroi les anses intestinales se contracter de temps en temps. Il y a un peu de matité à la partie inférieure des fosses iliaques. Le palper est négatif, ainsi que le toucher rectal.

Le diagnostic hésite entre la tuberculose péritonéale et le cancer intestinal, celui-ci semblant plus probable, mais l'âge était en faveur de la tuberculose.

L'opération est faite le même jour. L'incision médiane sous-ombilicale traverse, sous la couche musculo-aponévrotique, un tissu cellulo-graisseux œdémateux et de coloration foncée. Le péritoine est épaissi. Dès qu'il est incisé, s'écoule du liquide ascitique parfaitement clair. Le péritoine pariétal et recouvert d'un semis de granulations, ainsi que le péritoine recouvrant l'intestin. Sa coloration est rouge. Il n'existe nulle part d'adhérences et de cloisons ; l'intestin est absolument libre. Dans la région de la terminaison de l'intestin grêle et du cæcum, existent des indurations très accusées de la paroi intestinale. L'intestin grêle est peu dilaté. L'abdomen est vidé du liquide qu'il renferme, puis refermé par deux plans de suture.

A la suite de cette intervention, les vomissements cessèrent et les matières reprirent leur cours normal pendant quelques jours. L'occlusion intestinale reparut ensuite et dura un mois, sans qu'il y eût aucune expulsion de matières ni de gaz par l'anus. Le malade succomba complètement cachectisé, avec un œdème du

membre inférieur droit. Les renseignements qui concernent les suites opératoires, m'ont été transmises par le médecin du malade, que je n'ai pas revu depuis le jour de l'opération. (1)

Le Traitement chirurgical du Priapisme prolongé

Par MM. les Docteurs G. WORMS
Médecin-Major de l'armée
et A. HAMANT
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Nancy

Certains cas de priapisme ont une tendance spontanée vers la guérison.

D'autres cèdent aux moyens médicaux qui constituent une ressource à laquelle on doit toujours recourir au début.

Ces moyens ont pour objet de combattre l'excitabilité du centre de l'érection qui domine de haut la genèse du priapisme, et parmi ces médicaments les anaphrodisiaques, le camphre, le lupullus, le bromure de potassium, le chloroforme, la morphine occupent le premier rang.

L'application de sangsues, de ventouses au périnée a parfois aussi amené d'heureux résultats.

Malheureusement, il est des cas où ces moyens échouent et c'est alors que le chirurgien peut et doit intervenir.

Le patient lui-même, désespéré par la douleur, réclame cette intervention.

Quelle opération pratiquer?

Velpeau, le premier, en 1852, fut amené dans un cas où il n'existait aucune cause appréciable, à ne faire cesser le priapisme qu'en traversant les corps caverneux avec un petit trocart explorateur.

Rose (cas de Vorster) guérit ses malades par des interventions dirigées contre des accidents concomitants (section de paraphimosis, urétrotomie externe).

Plus souvent on eut recours à l'incision franche des corps caverneux.

L'incision doit-elle être, dans tous les cas, pratiquée des deux côtés?

L'incision de Dujon, intéressant la racine du pénis, au niveau de l'ischiocaverneux, là où les deux corps caverneux communiquent ensemble, peut suffire. Il est rationnel de s'y tenir, si le priapisme vient à céder après un délai d'un ou deux jours.

Dans le cas contraire, il est nécessaire de procéder dans un deuxième temps à l'incision du corps caverneux opposé, opération indispensable à la régularisation de la circulation pénienne.

Rochet et Bouveyron conseillent la section d'abord unilatérale, puis bilatérale du nerf périnéodorsal de la verge; mais cette opération n'a pas reçu, que nous sachions, la sanction de l'expérience.

L'incision des corps caverneux apparaît jusqu'ici comme la méthode de choix à utiliser dans le traitement du priapisme prolongé, douloureux et rebelle aux moyens médicaux. Terrier et Dujarier attendaient de nouvelles observations pour porter sur cette intervention un jugement définitif; les faits publiés depuis leur mémoire sont entièrement favorables à cette conduite. Les dangers d'infection que certains auteurs ont signalés peuvent être facilement évités par la stricte observation des règles de l'asepsie au cours de l'opération et des pansements.

Mais pour exercer toute son action favorable, c'est-à-dire pour préserver l'intégrité de la fonction génitale en arrêtant l'évolution de lésions graves (perte de contractilité des aréoles, sphacèle des corps caverneux) cette intervention doit être faite en temps opportun. C'est un point sur lequel insistent déjà Terrier et Dujarier.

(1) Soc. de chirurgie.

Le plus ordinairement la question de l'intervention, quand elle est soulevée, l'est trop tardivement. Le malade est d'abord soumis aux médicaments nervins, sous diverses formes, on s'acharne à ce traitement, enfin on reconnait que les efforts de la thérapeutique médicale ont été stériles, et on songe à une opération. Mais la fonction est déjà compromise; les bénéfices que le malade pourra retirer de la chirurgie sont amoindris.

Il faut autant que possible satisfaire à ces deux conditions : ne pas pratiquer l'incision des corps caverneux avant de s'être assuré de l'insuffisance des moyens plus simples et la faire cependant à la période où elle est capable de fournir les meilleurs résultats.

Terrier et Dujarier notent trois bons résultats fonctionnels après dix interventions, et trois guérisons intégrales seulement sur trente-huit cas non opérés.

En résumé, les services que peut rendre l'intervention chirurgicale au cours du priapisme prolongé l'emportent notablement sur les inconvénients qu'elle peut avoir : elle calme la douleur parfois violente, évite les cathétérismes pénibles, s'oppose aux altérations irrémédiables des tissus péniens distendus.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Vomissements incoercible et rétroversion de l'utérus gravide

Par M. le Dr A. HERRGOTT

M. Pinard, résumant le 12 juillet 1909, à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, la très intéressante discussion soulevée à la suite d'une observation de M. Wallich sur les vomissements incoercibles, a rappelé un précepte d'Hippocrate que M. Doleris avait cité dans le cours du débat : « Il faut viser à la cause initiale pour réussir dans le traitement. »

Or, nous savons actuellement que la *cause des vomissements incoercibles n'est pas toujours identique*. Dans l'immense majorité des cas, il est incontestable que la grossesse, par les modifications qu'elle apporte dans le chimisme de l'organisme, est la vraie cause de cet état pathologique. Les toxines qu'elle produit peuvent n'être qu'incomplètement réduites, soit parce que les organes réducteurs, tels que le foie, sont altérés, ou insuffisants dans leur action réductrice, soit encore parce que l'élimination de ces toxines se fait d'une façon défectueuse.

Les femmes victimes d'un pareil état de choses sont ainsi que l'a dit fort justement M. Pinard, de *véritables intoxiquées gravidiques*.

Les lésions nerveuses mêmes qui, parfois, sont observées chez ces intoxiquées et dont Desnos, Joffroy et Pinard, Whitfield, Solowview, Frühinsholz, etc., ont publié d'intéressants exemples, persistent souvent, alors même que la cause qui les a produites est supprimée, que la grossesse a été interrompue.

M. Job a publié dans les annales de gynécologie, en mars 1911, une observation, recueillie dans notre service, de myélite avec polynévrite, qui avait débuté au cours de vomissements pathologiques d'origine gravidique, myélite qui avait entraîné la mort de la malade 37 jours après l'interruption de la grossesse.

L'examen histologique du système nerveux, qui avait été fait par M. le professeur agrégé Collin et M. Job, avait montré une dégénérescence des fibres et des cellules nerveuses qui rappelait « les lésions produites par d'autres intoxications, comme l'arsenic par exemple ».

Ces faits sont bien de nature à confirmer le qualificatif d'intoxiquées gravidiques, donné à ces malades par M. Pinard.

Cependant la clinique nous montre qu'à côté de ces vomissements pathologiques par intoxication d'origine gravidique, il en est d'autres, dans lesquels les toxines de la grossesse ne semblent jouer qu'un rôle très limité et qui sont surtout causés par une situation anormale de l'utérus, principalement par une rétroversion et plus encore par une rétroflexion utérine.

Ces troubles réflexes causés par ces déplacements utérins, en dehors de la gestation, peuvent, on le sait, être caractérisés tantôt par de la toux, tantôt par des phénomènes dyspeptiques, ou encore par des vomissements plus ou moins répétées.

Ne nous est-il pas plusieurs fois arrivé de voir des malades qui, ignorant la situation anormale de leur utérus dont elles n'éprouvaient du reste aucune incommodité locale, venaient nous consulter pour des affections, soit pulmonaires, soit stomacales, alors qu'en réalité, les poumons et l'estomac étaient normaux. Tout disparaissait quand, ayant finalement soupçonné et reconnu la véritable cause de tous ces troubles, on avait replacé l'utérus dans la situation normale.

La maladie grave qui les préoccupait se « *volatilisait* » avec la reposition utérine. Aussi est-ce avec raison que MM. J.-L. Faure et A. Siredey, dans leur récent *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*, ont écrit cette phrase bien vraie dans son interprétation clinique : « Ici comme au cours d'autres affections génitales, on est souvent frappé du contraste paradoxal qui existe entre les lésions et les symptômes; *ces malades sont avant tout des nerveuses* ». Or ces « nerveuses », quand elles sont enceintes, peuvent aussi avoir des vomissements graves.

Briau, en 1856, avait déjà publié dans la *Gazette hebdomadaire* (1) une observation de vomissements incoercibles, chez une femme enceinte de trois mois et demi environ, vomissements qui disparurent après la réduction d'une rétroversion faite par le professeur Moreau que Briau avait appelé en consultation auprès de sa malade. « Dans la même journée, les vomissements cessèrent pour ne plus se reproduire, » Et comme Briau s'étonnait de l'heureux effet de ce remplacement, M. Moreau lui dit qu'il avait déjà observé plusieurs faits analogues.

Cazeaux, qui cite ce cas dans son excellent Traité d'accouchements, qui fut le livre obstétrical classique de ceux de notre génération, dit qu'il avait déjà remarqué cette coïncidence, sans cependant y insister d'une façon particulière et il ajoute « qu'à l'avenir, dans les vomissements incoercibles, il faudra toujours s'assurer de l'état de l'utérus ».

Un médecin anglais, Graily Hewitt qui en 1871 (2) et en 1885 (3), a étudié d'une façon toute spéciale l'action des flexions et des déviations utérines sur la production des vomissements gravidiques, a vu que 19 fois sur 89 cas, on pouvait attribuer ces vomissements à une rétroversion et que la réduction les faisait disparaître.

C'est la relation d'un nouveau cas de ce genre que je me propose de rapporter.

Il s'agit d'une primipare de 29 ans dont les antécédents héréditaires ne présentent rien de spécial, pas plus que les antécédents personnels. Cette femme n'avait jamais été sérieusement malade, *mais elle était*, nous dit-elle, *d'un tempérament très nerveux*.

Menstruée pour la première fois à douze ans, elle le fut depuis régulièrement jusqu'au 6 janvier 1912, fin de sa dernière époque et début de sa première grossesse. Primitivement elle ne ressentit aucun malaise et ce ne fut qu'à partir du 5 mars, c'est-à-dire lorsqu'elle était arrivée à la fin du deuxième mois que les vomissements apparurent et présentèrent rapidement un caractère de fréquence et d'intensité relativement alarmant.

(1) 18 juillet 1856, p. 514.

(2) *Obstetrical Transactions*, vol. XIII, p. 103, 1871.

(3) *Transact. of the Obst. Society of London*, vol. XXVI, p. 273 à 324, 1885.

Cette femme ne pouvait supporter aucune nourriture, ni solide, ni liquide. Son médecin, préoccupé de la gravité de l'état de sa malade, l'envoie à la Maternité de Nancy pour y être traitée, c'est-à-dire pour qu'on interrompe le cours de sa grossesse. Elle y entre dans la matinée du 14 mars, alors qu'elle était enceinte de neuf semaines environ.

C'est une femme très amaigrie dont l'état général ne semblait toutefois pas être compromis. La langue est humide ; il n'y a pas d'ictère. Le pouls est à 96 et la température à 36,8. Les urines sont peu abondantes et très chargées. Il existe une constipation opiniâtre. Un lavement purgatif, administré dès l'entrée de la malade, ne tarde pas à amener l'évacuation d'une quantité notable de matières dures.

Je l'examine et, au toucher, je constate que l'utérus est augmenté de volume et que, de plus, *il se trouve en rétroversion*. J'essaye de le réduire, ce que je parviens à faire très facilement.

L'utérus est ainsi remis en situation normale, le jour même de l'arrivée de la malade. Cette reposition amène une amélioration qui n'est malheureusement que passagère. Les vomissements ne tardent pas à reparaître peu abondants mais très fréquents. La malade arrive à conserver un peu d'eau, absorbée d'heure en heure, par petites cuillerées, mais elle ne parvient à supporter aucun autre aliment. Le lait n'est pas toléré, il est rejeté à peine ingurgité.

La constipation a reparu, l'urine est de nouveau rare. La température et le pouls ne se modifient pas ; ce dernier demeure un peu au-dessous de 100. La malade est très affaiblie, mais non cachectique.

Le 18, quatre jours après son entrée, la situation s'est aggravée. Elle a passé une nuit agitée, sans sommeil, les vomissements sont plus fréquents. La malade rejette tout le liquide qu'elle a essayé d'absorber. Le pouls est un peu plus fréquent, il est à 104.

Préoccupé de cette aggravation, je touche de nouveau la malade pour voir si l'utérus était demeuré dans la situation rectifiée dans laquelle je l'avais remis. Je constate que l'utérus s'est de nouveau déplacé, qu'il *est en rétroflexion* avec tendance à l'enclavement.

La malade est mise en situation genu-pectorale, et j'arrive, bien moins facilement que précédemment, à désenclaver l'utérus et à réduire la déviation. Pour éviter un nouveau déplacement, l'utérus est maintenu en place par un pessaire. Le lendemain, j'ai la grande satisfaction de constater que l'état général s'est très amélioré. La malade n'a plus vomi et à même supporté un peu de lait.

A la suite de la remise de l'utérus en situation normale, l'état de notre malade a subi une transformation presque immédiate. Les vomissements ont complètement disparu. La malade absorbe et supporte des quantités de plus en plus considérables de lait. Puis elle prend des œufs et, le 29 mars, elle réclame du pain et le digère.

Enfin, le 5 avril elle se lève et, le lendemain, elle quitte le service complètement rétablie.

Cette observation m'a paru intéressante surtout en raison de l'amélioration, passagère il est vrai, qui avait suivi la *première réduction* de l'utérus. Cette réduction n'ayant pas été maintenue, la rétroversion n'avait pas tardé à se reprodnire et les troubles gastriques à reparaître. Ces vomissements avaient persisté jusqu'au moment où, par une *deuxième réduction*, l'utérus avait été *définitivement fixé* par un pessaire dans sa situation rectifiée. Dès lors, ces vomissements réflexes, d'origine utérine, n'ayant plus leur raison d'être la malade avait pu s'alimenter et toute idée d'interruption de la grossesse put être définitivement écartée.

La conséquence pratique qui résulte des faits que nous avons rappelés ainsi que de l'observation si concluante que nous venons de relater est très nette. Toutes les fois que l'accoucheur sera appelé auprès d'une femme enceinte ayant des vomissements pathologiques, il devra s'assurer de la situation de l'utérus et, s'il trouve une rétroversion, la réduire et la maintenir réduite. Il aura peut-être alors la satisfaction de pouvoir éviter d'être obligé de recourir à cette thérapeutique que M. Fieux, dans son remarquable rapport sur la *pathogénie et le traitement des vomissements incoercibles* (1) qualifiait avec raison « d'ultra-radicale » et « qui ne peut venir à bout de la grossesse qu'en tuant la grossesse elle-même, ainsi qu'il le disait encore tout récemment dans une communication sur la *Sérothérapie appliquée au traitement des vomissements graves de la gestation* (2).

Mais je suis obligé de reconnaître que, si parmi les parturientes atteintes de vomissements pathologiques, il peut se trouver des « *nerveuses* », il y a malheureusement surtout des « *intoxiquées gravidiques* ». Aussi est-il important de ne pas se laisser endormir dans l'attente d'une amélioration hypothétique, si les vomissements pathologiques persévèrent, malgré la réduction définitive d'une rétroversion.

Il faudra surveiller avec la plus grande vigilance l'état général et, en particulier, le pouls, l'apparition d'un ictère, d'une polynévrite, de façon à intervenir, en interrompant la grossesse, *suffisamment à temps*, pour que cette « *thérapeutique de désespoir* » puisse encore sauver ces malades. Nous risquerions sans cela d'arriver trop tard ! (3).

REVUE DE PARASITOLOGIE

Fréquence des kystes hydatiques en Lorraine

Par MM. les Drs ETIENNE, L. RUEFF et G. THIRY

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment un cas de kyste hydatique, qui, rapproché d'une série précédemment étudiée, prête à quelques considérations d'ordre général.

R. J..., 32 ans, chapelier.

Vers la mi-juin 1912, le malade éprouva, vers midi, une brusque et assez vive douleur à la région axillaire inférieure droite ayant duré quelques heures et progressivement décroissante. Le lendemain, léger subictère ayant persisté un ou deux jours. Quelques papules d'urticaire. Au total, malaise léger n'ayant pas nécessité l'appel du médecin. Depuis, état général redevenu très satisfaisant. Pas d'interruption de travail.

Le 23 septembre, vers la fin de la matinée, douleur subite et intense dans la région axillaire inférieure droite, l'hypocondre droit et derrière l'omoplate droite. Le lendemain, la douleur avait cédé en grande partie, mais léger subictère ayant persisté pendant quelques jours ; langue saburrale ; urines légèrement bilieuses et ce, pendant une dizaine de jours consécutifs ; selles normalement colorées, suspendues les deux premiers jours, régulières ensuite. La douleur s'est progressivement atténuée pendant une huitaine de jours et a disparu alors.

A ce moment, soit une huitaine de jours après la crise initiale, apparition à la partie inférieure du thorax, à droite et en arrière, de matité avec respiration soufflée aigre, ægophonie, absence de vibrations thoraciques. Ces signes d'apparence pleurétique s'élevèrent graduellement jusqu'à la pointe, puis jusqu'à l'épine de l'omoplate droite, puis se perçurent en avant, à tel point qu'il n'existait plus, vers le 1er novembre, qu'une faible zone de sonorité skodique brève à la partie interne des trois premiers espaces intercostaux, très restreinte au troisième, plus étendue au deuxième et occupant la moitié interne environ du premier espace. Peu ou pas d'oppression. Le 3 novembre, furent pratiquées trois ponctions exploratrices vers le neuvième espace sur le prolongement de la pointe de l'omoplate, vers la ligne axillaire postérieure et vers le dixième espace en arrière. Ces ponctions furent faites profondément, avec un résultat négatif.

En même temps, le bord inférieur du foie s'abaissait progressivement comme sous l'action d'un épanchement pleural abondant ; mais peu après la thoracentèse, les signes pseudo-pleurétiques commencèrent à diminuer progressivement de haut en bas jusqu'à disparaître au bout d'une quinzaine de jours ; cependant le bord inférieur du foie restait très bas ; et, en haut, la matité hépatique commençait dès le mamelon.

L'appétit avait fortement diminué et persista tel pendant trois semaines. Le sujet avait maigri, et pâli, mais au bout de trois semaines environ, le fond du teint étant encore faiblement subictérique, il recommença à se nourrir et augmenta de poids ; il se levait, mangeait à peu près de tout et paraissait entré en convalescence, lorsque le 18 novembre, survint une douleur nouvelle, avec même localisation que la précédente, mais plus intense et surtout beaucoup plus tenace ; elle persista pendant une vingtaine de jours, et ne diminua que très lentement. Ainsi que lors des précédentes poussées, cette douleur ne présentait pas le caractère aigu intolérable, mais relativement bref, des crises calculeuses. C'était une douleur sourde, permanente, avec paroxysmes atténués par instants, mais très pénible et angoissante en raison de sa continuité et faiblement calmée par le décubitus latéral droit.

En même temps la partie inférieure du thorax commençait à s'évaser tant dans le sens antéro-postérieur que dans le sens transversal, du côté droit. Il n'y avait pas de battement rénal et le bord inférieur du foie atteignait progressivement puis dépassait l'ombilic. Le lobe gauche se perdait vers la rate dont la matité était perceptible. Il y avait dans les urines des pigments biliaires. Les urines étaient rares et hautes en couleur.

Pendant cette longue poussée douloureuse, le malade avait considérablement maigri, l'appétit était presque nul ; le malade devait se contraindre pour absorber quelques aliments.

Vers le 4 décembre apparition sans autres signes de quelques crachats épais, verdâtres, muco-purulents, peu aérés. Cette expectoration, d'abord discrète et réduite à quelques crachats d'apparence nummulaire et isolés, devint graduellement plus copieuse et commença à présenter une certaine fétidité : et, simultanément, sous la clavicule droite, apparurent très rapidement des signes cavitaires avec souffle amphorique dans les trois premiers espaces. Peu après le malade, incommodé par l'abondance de son expectoration, dut rester constamment couché sur son côté droit, toute tentative pour se coucher sur le dos étant réprimée de suite par une surabondance de l'expectoration, survenant presque sans toux. Les dernières semaines de la vie se passèrent sans que le malade pût à aucun moment, en raison de cette expectoration qui lui était très pénible et lui inspirait le dégoût, changer de position.

Le 11 décembre, à 6 heures moins un quart du matin, vomique purulente très fétide d'un quart de litre environ, avec menaces de suffocation. Les jours suivants, l'expectoration, sans qu'il y eût vomique à proprement parler, resta surabondante et s'accompagna à diverses reprises de l'expulsion de petites sphérules blanchâtres, à contenu clair, formées, après dilacération dans l'eau, d'une membrane finement plissée et flottante, de la grosseur moyenne d'une grosse noisette ; mais l'une d'elles eut la dimension d'une grosse noix ; et toutes étaient expectorées sans grandes difficultés. Le caractère hydatique de ces vésicules

(1) *Congrès national de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*, Toulouse, septembre 1910.

(2) Fieux. Communication faite à la *Société obstétricale de France* (octobre 1912).

(3) Soc. d'obstétrique et de gynécologie de Nancy.

fut confirmé par l'examen microscopique. Le malade en rendit en tout 25 à 30, et ce pendant une période d'une huitaine de jours et de façon irrégulière. Tantôt une seule expectoration en renfermait deux ou trois ; d'autres fois, il n'y en avait pas pendant la majeure partie de la journée. A ce moment, l'expectoration était de teinte *ocre, orangée* et renfermait de très nombreux éosinophiles.

An bout d'une dizaine de jours, l'expectoration redevint simplement purulente tout en restant fétide et très abondante. Le malade maigrit et se cachectisa de plus en plus ; il présenta encore trois petites vomiques, moins importantes, la dernière survenue quatre jours avant le décès et constituées par un liquide jaune assez foncé, mais translucide et très fétide. Il succomba fin janvier dans une syncope, la connaissance étant encore entière quelques instants avant le décès.

Quelques points cliniques de cette observation méritent de fixer l'attention.

Le diagnostic hésita d'abord entre kyste hydatique du foie et hépatite par angiocholite évoluant vers la cirrhose ; et le soin de trancher rapidement le diagnostic fut laissé à un examen du sang.

Celui-ci dut être ajourné ; mais bientôt le tableau symptomatique se précisa. Augmentation très rapide du volume du foie, venant bomber vers le thorax, signes intermittents de pleurésie ; vomique ; enfin, élimination d'hydatides.

L'accident de juin prenait dès lors sa vraie signification de rupture d'un kyste, avec sa douleur brusque, suivie le lendemain de subictère et d'urticaire.

Il s'agissait bien d'un kyste hydatique du foie, sous-diaphragmatique, inabordable, ayant déterminé des réactions pleurales d'abord, puis ouvert dans les bronches. Ce kyste du foie ouvert dans les bronches se compliqua de gangrène pulmonaire, soit directement, soit après formation d'un kyste secondaire ensemencé par le liquide du kyste hépatique. Les recherches de Devé ont nettement établi, en effet, que les vésicules-filles ne sont pas seules fertiles et que les scolex libres peuvent se transformer directement en kyste, sans passage par un animal intermédiaire.

En faveur du kyste pulmonaire secondaire milite l'aspect de l'expectoration du malade, qui a présenté nettement la teinte pelure d'orange, ocre sur lesquelles Neisser (1), Behr (2), ont attiré l'attention dans les cas de kystes hydatiques du poumon, et que l'un de nous a observé avec Ch. Garnier (3). Cet aspect tient à la présence d'une grande proportion d'hématoïdine.

L'expectoration renfermait un très grand nombre d'éosinophiles.

Récemment un cas de kyste hydatique du poumon a été rapporté, par M. Vautrin (4).

Malade âgé de 28 ans, porteur d'un kyste hydatique du poumon droit ouvert par vomique deux ans auparavant et ayant continué à suinter du pus, avec hémoptysies répétées.

Diagnostic par la radiographie. Pneumotomie. Guérison.

M. Weiss a signalé à la suite, un cas de kyste hydatique pulmonaire sans adhérences, ouvert dans l'œsophage et guéri.

Enfin, le docteur Marconnet, camarade d'études de l'un de nous, a publié une auto-observation (5). Ce kyste du poumon, contracté à Nancy, a été caractérisé notamment par de terribles hémoptysies. Récemment, M. Widal (1), a insisté sur cet accident, relevé aussi dans le cas de M. Vautrin.

L'un de nons put étudier au Laboratoire des cliniques quelques cas exceptionnels d'hydatides.

Une fois (2) il s'agissait d'urines filantes, gélatineuses, émises par un jeune soldat sans passé urinaire, sans coliques néphrétiques, sans rétention d'urines, qui présentait parfois des mictions douloureuses. Les urines étaient alors claires, d'aspect blanc d'œuf. Lorsqu'on les versait d'un vase dans un autre, elles y passaient presque d'un bloc. Et on demandait au laboratoire de rechercher si ces urines filantes et gélatineuses n'étaient pas dues à la présence de bactéries, comme dans certains laits, vins, etc., filants. Des milieux de culture furent ensemencés.

Mais une addition fortuite de formol vint modifier complètement l'aspect du liquide : le lendemain, il était opalin, et on constatait que l'aspect filant, gélatineux, était dû à la présence de nombreuses et grosses hydatides (jusqu'à 7 et 8 centimètres de diamètre) à paroi gonflée, devenue transparente, et qui, au transvasement, s'étiraient et « filaient » en bloc. Sous l'action coagulante du formol elles avaient repris leur aspect normal. Elles renfermaient de nombreuses têtes et crochets.

Dans un autre cas, on avait envoyé au laboratoire des fragments retirés des fèces, et ressemblant à s'y méprendre à des membranes d'entérite muco-membraneuses. L'examen démontra qu'il s'agissait d'hydatides (acéphalocystes).

Ces aspects imprévus montrent que dans notre région, il est bon d'avoir l'attention fixée sur la possibilité de kystes hydatiques, qui y paraissent plus fréquents qu'on ne le croit communément.

Voici, notamment, 4 cas de kystes pulmonaires, primitifs ou secondaires, connus d'un petit groupe d'observateurs en un temps relativement limité. Or, la fréquence relative du kyste hydatique du poumon, mises à part les régions où elle paraît particulièrement grande (3), est établie par les statistiques suivantes :

	Madelung	Peiper	Neisser	Devé
Foie	69 0/0	66.43	50	74.5
Poumon et plèvre.......	11.90	9.94	7.40	8.6
Reins	3.50	4.18	8.90	2.1

Le nombre relevé correspond donc à la probabilité d'un chiffre considérable de kystes hydatiques divers.

Et cependant, nous ne relevons, comme cas signalés dans notre région, en outre de ceux rapportés ici, que 2 cas personnels de M. Frœlich ; 4 observés par lui à la clinique du Professeur Heydenreich ; 5 cas de M. Gross, 2 de M. Vautrin, 1 de M. Weiss, soit 21 cas se répartissant ainsi :

Kystes du poumon et plèvre, ou du poumon et du foie, 6 cas : (Personnel, Thiry et Garnier, Vautrin, Gross, Weiss, Marconnet).

Kystes du foie, 5 cas (Heydenreich et Gross).
Kyste splénique, 1 cas (Frœlich).
Voies urinaires, 1 cas (Février et Thiry).
Péritoine, 4 cas (Frœlich, Gross, Vautrin et Weiss).
Grand pectoral, 1 cas (Gross).

Paroi abdominale, 1 cas (Heydenreich).

Trompe et mésocôlon transverse, 1 cas (Vautrin).

Intestin, 1 cas (Spillmann et Thiry).

Cette disproportion nous paraît intéressante à signaler, en raison de l'utilité d'un diagnostic précoce et du nombre des cas chirurgicalement abordables. Et on peut présumer que nombreux cas passent inaperçus. Il faut donc examiner avec attention les *selles*, les *urines*, les *crachats* non seulement au point de vue des *parasites microbiens*, mais aussi au point de vue des *parasites animaux*. Cet examen réserve souvent des surprises.

Et la numération des globules blancs éosinophiles, la recherche de la déviation du complément, la radiographie, rendront souvent de grands services au diagnostic. (1).

(1) Neisser. — Die Echinokokken Krankheit, p. 140-149.

(2) Behr. — Min neuer Fall von lockergelbem Sputum. *Thèse de Berlin*, 1896, p. 11.

(3) Il s'agissait d'un liquide d'expectoration jaune rougeâtre, d'une *teinte orangée*, avec débris de membranes jaunâtres et de boules jaunes en forme de grains de raisins flétris, qui n'étaient que des hydatides, rendues en grande quantité. Le porteur était un jeune Algérien appartenant à l'armée d'Afrique.

Le cas a été publié par le Dr Garnier : Ch. Garnier. — Kyste hydatique rompu dans les bronches, avec présence de nombreuses hydatides. *Revue médicale de l'Est*, août 1903.

(4) Vautrin. — Kyste hydatique du poumon. *Revue médicale de l'Est*, 1907, p. 455.

(5) Marconnet. — Auto-observation de kyste hydatique du poumon. *Progrès médical*, 1891.

(1) Widal. — Kyste hydatique du poumon avec hémoptysies à répétitions. *Semaine médicale*, 1913, p. 248.

(2) Février et G. Thiry. — Urines filantes et gélatineuses par présence d'hydatides, *42e Congrès des Sociétés savantes*, 1904.

(3) Lemaire. — De la fréquence des kystes hydatiques du poumon et de la plèvre en Algérie ; leur diagnostic. *Th. Paris*, 1903.

(1) Soc. de médec. de Nancy.

CARNET DU PRATICIEN

Albuminurie

En supplément du régime alimentaire (lacté ou déchloruré), il convient de prescrire les diurétiques non irritants pour le rein. On donnera :

Baies de genièvre..........	10 grammes
Fleurs de genêt...........	30 —

Infuser dans :

Eau........................	1.000 grammes

Ajouter :

Sirop des cinq racines......	50 grammes

Prendre trois ou quatre tasses de cette tisane dans la journée.

On encore :

Sulfate de spartéine.........	0 gr. 20
Sirop de Tolu...............	30 grammes
Eau distillée...............	60 —

Trois à quatre cuillerées à café par jour.

Ou encore :

Lactate de strontium.......	10 grammes
Sirop d'écorces d'oranges...	20 —
Eau distillée..............	60 —

Une cuillerée à dessert matin et soir.

(Comby).

Œdème aigu du poumon

Saignée immédiate de 500 à 600 centimètres cubes.

Comme adjuvants : ventouses simples et scarifiées sur tout le thorax ; sangsues dans la région anale.

S'il y a lieu de soutenir le cœur, injections de caféine ou d'huile camphrée.

Les jours suivants, prescrire suivant les cas de la théobromine et d'autres agents diurétiques pour les reins, de la digitale pour le cœur. La théobromine agira bien avec de faibles doses (0,25 à 0,50 par jour) continuées quelques jours avec du lactose.

La digitale sous la forme suivante est excellente à la fois pour le cœur, les bronches et l'état général :

Poudre de feuilles de digitale.	0 gr. 10 cent.
Quinine (chlorhydrate neutre)	— —

pour une pilule ou cachet.

Un par jour pendant 10 jours.

Tuberculose des premières voies respiratoires

Pour la cautérisation du larynx tuberculeux utiliser la solution de Meyer :

Formaline	50 grammes
Acide lactique..............	10 —
Glycérine..................	4 —
Eau.......................	20 —

Contre la tuberculose des amygdales et des pharynx injections interstitielles en se servant de la formule de Morestin :

Formol	
Glycérine...................	ââ gr. 5.
Alcool à 90 %...............	

Les solutions aqueuses sont préférables pour les attouchements. (H. Bourgeois).

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. Zante.

CHEMINS DE FER DE L'EST

Services les plns directs entre Paris, Wiesbaden Francfort-s-Mein, Coblence.

Paris, Wiesbaden, Francfort-s-Mein,
a. — Via Metz-Mayence

Aller : Paris-Est, départ 9 heures matin : 8 h. 37 soir.
Retour : Francfort-s.-Mein, départ 7 h. 11 matin ; 6 h. 24 soir.
Durée du trajet : 12 heures environ.

b. — Via Avricourt-Carlsruhe

Aller. — Paris-Est (Orient-Express), départ ; 7 heures 20 soir.
Retour. — Francfort-s.-Mein, départ 8 heures 10 soir
Durée du trajet 11 h. 1/2.

Paris, Coblence et Ems, par Metz-Trèves ou par Lougwy-Luxembourg

Aller. — Paris-Est ; départ, 8 h. 12 matin ; 1 h. 50 soir ; 9 h. 45 soir, via Luxembourg.
9 heures matin, 8 h. 37 soir via Metz.

Retour. — Ems, départ : 8 h. 04 matin ; 10 h. 15 matin via Luxembourg.
7 h. 58 matin ; 10 h. 12 matin ; 7 h. 56 soir via Metz.
Durée du trajet de 10 h. 1/2 à 13 heures pour Coblence et de 11 h. 1/2 à 14 heures pour Ems.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST

Excursions à Jersey et à Guernesey

Billets directs au départ de Paris délivrés toute l'année.

1° Excursion à Jersey.

Billets directs au départ de Paris délivrés Granville on Saint-Malo comprenant la traversée de France à Jersey (St-Hélier), par les steamers du London and South-Western Railway.

De Paris à Jersey (St-Hélier) et vice-versa : billets valables par Granville et billets simples valables sept jours : 1re cl. 46,70, 2e cl. 32,70, 3e cl. 22,15; billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 63,15, 2e cl. 44,25, 3e cl. 29,85.

Billets valables par Granville et St-Malo, permettant d'effectuer l'excursion du Mont Saint-Michel comprise dans le prix du billet, billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 74,85, 2e cl. 50,05, 3e cl. 37,30.

(Itinéraires : Paris-Granville, Jersey, Saint-Malo, Pontorson, Mont Saint-Michel, Paris ou inversement.)

2° Excursion à Guernesey.

Billets directs sur Guernesey par Granville, Saint-Malo on Cherbourg comprenant la traversée de France à Guernesey.

VARIÉTÉS

Le Mouvement de la Population en 1912

On connaît aujourd'hui la statistique du mouvement de la population en France au cours de l'année 1912.

L'excédent des naissances sur les décès a été de 57.911. En d'autres termes, la population française a augmenté de 15 pour 10.000 habitants, alors qu'en 1911 on avait constaté un excédent de 34.869 décès c'est-à-dire une diminution de la population de 9 pour 10.000.

C'est à un fléchissement considérable des décès que l'on doit de constater pour l'année dernière par rapport à l'année 1911 une légère amélioration de la situation démographique. Le nombre des naissance a en effet augmenté seulement de 8.537 unités. Mais le nombre des décès a diminué de 84.243. La conséquence en est la substitution d'un excédent de 57.911 naissances à un excédent de 34.869 décès. L'amélioration totale d'une année à l'autre est de 92.780 unités.

Malgré cet insignifiant progrès, la situation de la France en face de l'étranger reste lamentable.

Alors qu'en France on a enregistré en 1911 un excédent de 34.869 décès, et en 1912 un excédent de 57.911 naissances, on enregistrait partout un excédent de naissances atteignant, pour 1911 : en Allemagne 740.431 unités, en Autriche 271.910, en Hongrie 208.271, en Belgique 48.959, en Angleterre 353.377, en Hollande 79.745, en Italie 461.771, en Norvège 30.086, en Suède 55.643.

Bien que partout la natalité soit en décroissance, les autres États européens, grâce à leur avance antérieure, conservent de forts excédents de naissances, proportionnellement de dix à vingt fois plus élevés que les nôtres. Si, par exemple, nous considérons la période 1906-1910, nous constatons que l'excédent annuel moyen des naissances sur les décès pour 10.000 habitants fut : en France 7, en Allemagne 141, en Autriche 113, en Hongrie 115, en Belgique 87, en Angleterre 116, dans les Pays-Bas 152, en Italie 115, en Norvège 124, en Italie 111.

Voici les éléments essentiels de la statistique de l'année dernière.

Naissances : 750.651 ;
Décès : 692.740 ;
Mariages : 311.929 ;
Divorces : 14.579.

On observe des excédents de naissances dans 56 départements au lieu de 23 en 1911, de 55 en 1910, de 40 en 1909. Dans 31 départements, au lieu de 64 en 1911 et de 32 en 1910, on a enregistré un excédent de décès.

En résumé, les seuls points du territoire où la natalité l'emporte sur la mortalité sont les régions du Nord, de la Bretagne, des frontières de l'Est, du Limousin et la Corse. La dépopulation s'accentue chaque année dans les bassins de la Garonne et du Rhône.

ÉCHOS

Deux escrocs des médecins.

Le service de la sûreté vient d'arrêter deux individus pratiquant, depuis quelque temps, un genre d'escroquerie qui leur rapportait des sommes assez élevées.

Ils se présentaient de préférence chez des médecins et se donnaient, l'un comme docteur en médecine, l'autre comme étudiant. Ils se prétendaient réfugiés turcs et, rappelés en hâte dans leurs pays, ils se disposaient à regagner Constantinople. C'est pourquoi, disaient-ils, ils tenaient à se défaire de magnifiques tapis d'Orient, qu'ils ne pouvaient emporter.

En réalité, ils offraient des tapis sans valeur, achetés à bas prix et qu'ils revendaient fort cher à leurs dupes.

Une prime à la paternité pour les postiers allemands.

La commission du budget du Reichstag a décidé d'augmenter les salaires des employés des postes.

Les employés subalternes mariés dont le salaire annuel ne dépasse pas 1.875 francs, recevront à partir du troisième enfant, par an et par enfant jusqu'à l'âge de dix-huit ans, une prime de 125 francs.

(1) Pichot. Chronique de Charles Quint, p. 21

Le monument Lamarck.

Dans une petite ville du département de la Somme, à Bazentin, M. Edmond Perrier, directeur du Muséum, représentant le ministre de l'instruction publique, vient d'inaugurer un monument érigé en l'honneur du grand Lamarck, qui naquit à Bazentin en 1744. De nombreux savants entouraient M. Edmond Perrier; le préfet de la Somme, M. Moullé, assistait à la cérémonie, où il représentait le ministre de l'intérieur.

M. Edmond Perrier a retracé l'œuvre du grand naturaliste avec une éloquence émue. Il a rappelé que ce savant admirable n'eut pour consoler son existence et sa fin douloureuse que la tendresse de sa fille qui croyait en son génie, quand ce génie était méconnu de presque tous ceux qui entendaient la parole nouvelle du créateur de la théorie de l'évolution. « Ce n'est qu'un siècle plus tard qu'on reconnut son incomparable mérite, alors qu'au lendemain de sa mort Darwin fut solennellement inhumé à Westminster, parmi les rois et les plus grandes illustrations de Grande-Bretagne. »

M. Perrier a rappelé les immenses travaux de Lamarck. « Il ne s'illusionnait pas lui-même, a-t-il dit, sur le sort qui les attendait ; il savait qu'il est infiniment plus facile de découvrir la vérité que de la faire accepter pour peu qu'elle choque les idées courantes. Mais la science moderne donne raison à Lamarck; sa doctrine est la seule qui tende à expliquer le monde vivant. Lamarck devança son temps, il demeura incompris de ses contemporains; mais il mérite d'être placé parmi les grands directeurs de l'esprit humain, parce qu'il lui a appris dans l'observation de la terre et de la vie les assises d'une histoire du monde autrement grandiose que les légendes dont s'est longtemps bercée l'humanité. »

L'Examen médical des conducteurs d'automobiles.

M. Peyroux a déposé un rapport sur la proposition de loi tendant à faire subir un examen médical à tous les candidats au diplôme de conducteur d'automobile. La proposition de loi est ainsi conçue :

« Tout candidat au diplôme de conducteur d'automobile devra joindre à sa demande un certificat médical, dûment légalisé, attestant :

« 1° Qu'il a une bonne constitution ; 2° qu'il a une vue normale ou une vue anormale (myopie ou hypermétropie), mais dont l'acuité visuelle, après correction par les verres, sera d'au moins 8/10; 3° qu'il a une ouïe normale; 4° qu'il n'est atteint d'aucune lésion organique : ni du cœur, ni de la plèvre, ni des reins, pouvant amener une brusque syncope; 5° autant qu'il sera possible de l'établir, qu'il est exempt de toute affection névropathique : « monomanie, hystérie, épilepsie » ; 6° enfin, qu'il ne présente aucun signe sérieux d'alcoolisme, aigu ou chronique. »

Alcoolisme et suicides.

Depuis le 1er janvier, il n'y a pas eu moins de quarante-cinq suicides dans l'arrondissement de Pont-Audemer, et sur les quarante-cinq victimes, il y avait « quarante alcooliques ».

D'après M. le docteur Bougon, du reste, l'arrondissement de Pont-Andemer est probablement celui de l'Eure où l'alcoolisme fait le plus de ravages.

La lutte contre l'opium en Chine.

Les Pouvoirs publics et les journaux chinois continuent à mener une campagne énergique contre l'opium. Mais, ainsi qu'il arrive fréquemment, l'excès de zèle entraîne des précautions d'une barbarie exagérée. Certains fonctionnaires ont puni de mort le délit d'opium. Un télégramme de Sanghaï annonce même que le gouverneur de Changcha, capitale du Hounan, vient de faire fusiller une femme qui persistait à fumer. L'exécution a eu lieu devant une foule nombreuse.

La République, en Extrême-Orient n'adoucit pas les mœurs.

Sonnette de nuit pour médecin.

Un docteur de Berlin vient d'inventer une ingénieuse sonnette de nuit.

A cette sonnette, qui communique avec sa chambre à coucher, il a adapté un petit téléphone, au moyen duquel la personne qui vient le chercher peut déjà lui dire de quoi il s'agit.

De la sorte, le médecin peut déjà donner quelques explications pour le traitement du malade dans les cas urgents avant son arrivée.

Comment ils dorment.

Si l'on en croit Sénèque, les lambris dorés sont peu favorables au repos. Cependant, les rois dorment ; voici comment :

Le kaiser sommeille sur un simple lit de camp. Le roi d'Italie dort sur un petit lit de fer, dans une chambre aux murs nus et qui a pour tout ornement des coffres remplis de monnaies. Plus original, le roi des Belges passe souvent la nuit dans un hamac.

C'est le nouveau mikado qui détient le record du sommeil austère ; il dort, étendu sur le sol, couvert d'un tapis et n'a pour oreiller qu'un fagot de bambou.

La jeunesse et l'alcool à Moscou.

L'autorité municipale a constaté après enquête que 90 0/0 des ivrognes buvaient de l'alcool dès l'âge où ils fréquentaient l'école.

Sur 18.134 écoliers de 8 à 13 ans du district de Moscou, 12.152 donc 60 0/0, sont déjà buveurs, et sur 10.404 filles du même âge, il y en a 4.733 donc 45 0/0 qui font déjà un usage immodéré des boissons alcooliques.

Cela prépare une jolie génération !

Fécondité américaine.

On mande de Danby (Etat de New-York) que Mme Smith a donné le jour à cinq jumeaux parfaitement constitués et qui se portent admirablement.

Au reste, les cas de fécondité sont assez nombreux aux Etats-Unis. C'est ainsi que tout dernièrement encore, Mme Seeley, de Dorchester, a mis au monde 4 jumeaux, dont 3 vivent encore.

Au cours des deux dernières années, il a été enregistré la naissance de 10 jumeaux quadruples, 16 jumeaux quintuples, 2 jumeaux sextuples et 3 jumeaux septuples.

Mais, n'oublions pas que ces nouvelles sont d'Amérique où les canards ne se comptent pas.

Les jumeaux *septuples* ne sont signalés par aucun auteur, excepté chez les lapines pourtant.

Les allocations aux femmes en couches.

Les ministres de l'intérieur et du travail viennent de faire approuver par le Conseil des ministres le texte arrêté par eux pour l'attribution d'allocations aux femmes en couches privées de ressources, pendant le repos obligatoire prescrit par la loi du 17 juin 1913. Ces allocations varieront de 0 fr. 50 à 1 fr. 50 par jour et seront majorées de 0 fr. 50 par jour si la mère allaite elle-même son enfant. Conformément à la résolution votée par la Chambre, cette allocation sera étendue aux ouvrières travaillant à domicile. La dépense, évaluée au total à 11 millions de francs, sera répartie entre l'Etat, les départements et les communes, conformément au barème adopté par le Sénat pour la loi des familles nombreuses. La part de l'Etat sera d'environ 5.700.000 francs. Ces dispositions seront applicables à partir de 1914.

La surveillance des vinaigres.

La fabrication de certains vinaigres mis en vente dans le commerce laisse, paraît-il, à désirer à divers points de vue. Dans le but d'éviter ces inconvénients et de parer surtout aux sophistications préjudiciables à la santé publique le ministre de l'intérieur a transmis à l'Académie de médecine, au nom du ministre de l'agriculture, un projet de décret tendant à modifier le décret du 28 juillet 1908 en ce qui concerne les vinaigres. Ce document a été renvoyé par l'Académie de médecine à l'examen d'une commission composée de MM. Marty, Gouchet, Bourquelot, Meillère et Grimbert, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, professeur à l'école de pharmacie.

84e Année (Série XIIIe) — N° 208 LE NUMÉRO : 25 CENTIMES Mercredi 23 Juillet 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 23 Juillet 1913

ÉCHOS

Le divorce des aliénés.

Le Conseil général de la Seine, dans une de ses dernières séances, a décidé, sur la proposition de M. André Gent, de souscrire à 48 exemplaires de l'ouvrage de notre directeur, M. le Dr Lucien Graux, sur le *Divorce des Aliénés*.

Voici les considérants présentés par M. André Gent pour justifier cette souscription !

« Vous savez combien cette question est intéressante. Alors que plusieurs nations étrangères admettent le divorce pour cause d'aliénation, la France s'y est jusqu'à présent refusée. Le Parlement est cependant saisi de deux propositions de loi, l'une de M. Colin, ancien député d'Alger ; l'autre de M. Maurice Viollette, député de Dreux. L'auteur de l'ouvrage sur cette question a apprécié avec une grande netteté et une grande indépendance d'esprit toutes les opinions, souvent contradictoires, émises sur ce sujet : il pense que la législation française, en acceptant cette cause de rupture de tout lien conjugal, évitera peut-être aux tribunaux de cruels embarras. Par contre, ces derniers devront s'entourer, pour chaque espèce, d'avis éclairés.

« Cet ouvrage, qui constitue une contribution importante à la solution de ce problème, a sa place marquée dans toutes nos bibliothèques. »

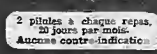
La protection internationale des ouvriers.

Le Conseil fédéral suisse a fixé au 15 septembre 1913 l'ouverture à Berne d'une nouvelle conférence en vue de la protection internationale des ouvriers.

L'Allemagne, l'Autriche-Hongrie, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la France, la Grande-Bretagne, l'Italie, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la Russie et la Suède sont invités à prendre part à cette conférence, où seront discutées l'interdiction du travail industriel des jeunes ouvriers et la limitation à dix heures au maximum de la journée de travail des femmes et des jeunes ouvriers dans l'industrie.

Le Conseil fédéral a fixé au 11 septembre 1913, à Berne, la réunion de la Commission internationale chargée de jeter les bases d'un accord pour la communication périodique des renseignements statistiques sur l'application des lois de protection du travail.






COMPRIMÉS de Bulgarine Thépénier
COMPRIMÉS DE BULGARINE


COMPRIMÉS d'Amylodiastase Thépénier
COMPRIMÉS AMYLODIASTASE

Conjurations magiques et Médecine

Sous ce titre, notre confrère le Dr René Lanfer, rapporte dans le *Journal de Diététique* de curieuses recettes recueillies dans le folklore de nos provinces françaises.

Voici une prière bien connue en Franche-Comté, qui guérit une infinité d'ophtalmies, le *picot*, le *blanchot*, le *bourgeon* et le *dragon*, simples variétés de l'inflammation de la cornée. On fait pour commencer trois signes de croix cabalistiques, sans *amen*, et l'on dit :

Les trois Marie
S'en vont dans le Lomont
Pour chercher guérison
De la lumière du picot,
Du blanchot,
Du bourgeon,
Et du dragon...
Les trois Marie
Ont rencontré le bon Jésus
Et le bon Jésus leur a dit :
— Où allez-vous, les trois Marie ? —
Les trois Marie ont répondu :
Nous allons dans le Lomont,
Pour trouver guérison, etc...
Et le bon Jésus leur a dit :
Allez-vous-en dans vos maisons
Et vous y trouverez guérison
De la lumière du picot, etc...

Il faut réciter trois fois cette prière avec des *pater* et pendant trois jours consécutivement, avant le soleil levé ; ces opérations magiques s'effectuent généralement entre les deux soleils.

Certaines maladies des pieds (les *fonds*) se guérissent par le procédé suivant : On lie le pied du malade avec neuf joncs, à l'aube, dans un cimetière, en récitant ces vers :

Jules et Simon
Montez les monts.
Seigneur nous ne pouvons
Car nous avons les fonds.
Prenez neuf joncs,
Quand séché auront,
Vous n'aurez plus les fonds.

On guérit aussi, par des procédés semblables, nous dit M. Bonnet, des maladies faussement considérées comme charbonneuses, le pemphigus, des érythèmes bulleux, certains anthrax...

Nous trouvons dans les traditions populaires de maintes provinces, Bretagne, Est, Centre, la même prière contre la colique, sauf quelques variantes :

« Tranchée blanche, tranchée rouge, sors du corps de cet animal, aussi vite que Jonas et Nicodème ont descendu Jésus de l'arbre de la croix. »

De même cette formule contre la brûlure : on s'adresse au feu en soufflant dessus :

Feu, perds ta chaleur,
Comme Judas perdit sa couleur,
En trahissant le Saint-Sauveur.

La croyance en ces formules est au moins aussi grande que la confiance dans les médicaments, les herbes et les drogues. Tous nos confrères de la campagne ont remarqué le peu de prix qu'attache le paysan malade à une ordonnance qui ne porte que sur le régime et sur certaines prescriptions négatives. Le bon villageois ne veut pas croire qu'il soit si facile de guérir l'incommodité, l'indisposition la plus simple. Il est compréhensible qu'un être un peu plus primitif encore n'attache de l'importance aux *simples*, aux cataplasmes, aux collyres, etc., qu'autant qu'on en fait usage d'une façon un peu cabalistique.

M. X. Thiriat (*Croyances, superstitions, préjugés et coutumes dans le département des Vosges*) et M. Sauvé (*Folklore des Vosges*), nous fournissent encore une forte contribution à notre thèse.

Voici, pour les faux-pas, entorses, lésions des articulations, comment on procède dans les environs de Gérardmer ; on n'a qu'à dire :

« Je te guéris + anté + antété + et super antété + dans le moment, ainsi soit-il. *Amen.* »

Pour guérir la jaunisse, les montagnards vosgiens prennent une pièce de 5 francs, dont on fait trois fois le tour de la figure du malade en disant : « Je t'adjure et te commande, au nom du grand Dieu vivant, d'Emmanuel et de saint Abraham, de quitter le corps de... (nom du malade) et de descendre au fond de la mer, ou dans les entrailles de la terre. *Amen.* »

Pour arrêter le saignement de nez, on procède ainsi :

On cueille de la main gauche et sans regarder une poignée d'herbe au hasard, on l'applique sous les narines en prononçant :

Je suis de Noé ;
Herbe qui n'a été
Ni plantée, ni semée.
Fais ce que Dieu t'a commandé.

Des conjurations semblables existent contre « la tranchée, le miserere, le charbon, le mal des ardents, la fièvre, les brûlures, les hémorragies » par la vertu de la croix, de la Vierge, par l'intercession des saints, confesseurs et pontifes avec formules du même genre.

Contre les dartres, voici une conjuration répandue en divers endroits.

« Dartre vive, dartre farineuse, quelle dartre que tu puisses être, je te conjure et commande de te réduire aussi menue qu'une pointe d'épine et de venir à rien du tout. »

Pour le mal caduc, il est recommandé dans les Vosges, de souffler dans l'oreille droite du malade en invoquant les Rois Mages, de cette façon : *Gaspard fert myrrham, thus Melchine, Balthazar aurum.*

Il est aussi des formules générales destinées, comme l'*herbe de la Saint-Jean*, « à tous les maux ». Par exemple, celle-ci « pour harrer diverses maladies tant des gens que des bêtes » :

« Mal, entre en terre si profondément que tu ne puisses porter préjudice à gens ni à bêtes. + *Sarré* + *Barré*... Mal, si tu es dans le corps, sors du corps ; si tu es dans la chair, sors de la chair ; si tu es dans les os, sors des os ; si tu es dans la moelle, sors de la moelle ; si tu es dans le cuir, sors du cuir ; si tu es dans le poil, sors du poil ! Au nom du père +, mal, je te harre... Que Dieu te guérisse. »

Que de telles conjurations s'accompagnent d'un certain nombre de *pater* et d'*ave*, il n'y faut pas prendre garde : c'est une satisfaction donnée à la religion des pères, du pays, de l'heure. C'est la partie changeante, transitoire de la médication magique dont les principes sont immuables.

De même pour l'énoncé, le genre et le style du morceau. Il est des conjurations qui affectent une forme et une mise en scène dramatique. Voici, par exemple, une curieuse conjuration en dialogue.

Le procédé le plus usité (voir *Mélusine*, t. III), paraît-il, en Léon et en Cornouaille, pour débarrasser un enfant des quintes de toux, est de faire *moudre la coqueluche*. Rien de plus simple que cette opération : on se rend dans le premier moulin venu du voisinage, on assied l'enfant sur la trémie et, aussitôt que la meule a été mise en mouvement, la personne qui a apporté dans ses bras le petit malade, reçoit du meunier l'ordre de faire neuf fois de suite le tour extérieur de la maison. Elle s'incline et s'empresse de sortir en se signant. Chaque fois qu'elle passe devant la porte ou devant la fenêtre du moulin elle s'arrête et demande :

— Qu'y a-t-il ici à moudre ?

— La coqueluche, répond le meunier.

— Se moud-elle bien ?

— Elle se moud bien.

Et quand, le neuvième tour achevé, l'homme à la farine a déclaré que la coqueluche est moulue, tout net, la guérison n'est pas loin, si elle n'est déjà venue. Ajoutons que pendant toute la durée de la promenade, la personne qui accompagne le bambin doit réciter des prières

Médecine et Sorcellerie chez les anciens Juifs

Chez les juifs, à côté de la médecine pratique et rationnelle, il se perpétuait un art de guérir, qui empruntait les moyens des sorciers de tous les temps ; saint Marc parle de l'hémorroïsse, qui avait eu recours à toutes sortes de médecins sans résultat. Voici un exemple de la médication employée en pareil cas : « Rabbi Jochanan dit : Prenez le poids d'un denier de gomme d'Alexandrie, le poids d'un denier d'alun et le poids d'un denier de safran de jardin, pilez-les ensemble et donnez-les dans du vin à la femme hémorroïsse. S'il n'y a pas d'effet produit, prenez trois fois trois logs d'oignons de Perse, cuisez-les dans du vin, ensuite faites-les boire à la femme en lui disant : *Sois délivrée de ton flux.* Si cela ne réussit pas, menez-la à un croisement de deux chemins, qu'elle tienne à la main un gobelet de vin, et que quelqu'un survenant par derrière lui fasse peur en disant : *Sois délivrée de ton flux.* S'il n'y a pas encore de résultat, prenez une poignée de cumin et une poignée de foin grec, faites-les bouillir dans du vin et donnez-les lui à boire en disant : *Sois délivrée de ton flux.* Suivent d'autres recettes analogues dont l'inefficacité est également prévue. En fin de compte, on en vient à la suivante : « On creusera sept fossés, dans lesquels on brûlera des sarments de vignes non taillées et la femme, tenant en main un gobelet de vin, s'assiera successivement au bord de chaque fossé et on lui dira en la relevant : *Sois délivrée de ton flux.* »

Le Kaolin comme Pansement stomacal

Par M. le Docteur Léon MEUNIER

L'érosion du ventricule guérie (1). — « *L'an 1622, j'ouvris le cadavre d'un moine de Padoue (que l'on disoit estre mort de douleur de colique) et en recherchant la cause de sa mort, je ne trouvay pas seulement le fonds du ventricule surpris d'inflammation, mais encor corrodé jusques à sa moyenne tunique. L'excellent Spigelius dit que pour guérir semblable inflammation et érosion du ventricule, il n'y avoit rien de si efficace comme la terre sigillée prise par la bouche, parce que adhérant fortement, à raison de sa viscosité, aux tuniques corrodées de l'estomach, elle ne dessèche pas moins ces érosions, que le cerat diachalceteos appliqué sur un pied enflammé. J'ay à depuis expérimenté avec beaucoup d'admiration l'importance de cet advis en deux diverses occasions ou le ventricule souffroit des très grandes douleurs, causées par l'érosion que l'on n'avoit peu apaiser, ny par les remèdes pris par la bouche ny par leur application, sinon en mettant en usage la terre sigillée dessoute avec le syrop de consolida major* ».

Telle est la curieuse observation prise par Jean Scultet en 1622 et déjà citée par M. R. Pichevin.

Or, la terre sigillée dont il est parlé ici n'est autre que du kaolin en suspension dans du sirop de grande consoude.

A l'instar de Jean Scultet, depuis deux ans, nous employons la poudre de kaolin comme plâtrage stomacal dans tous les cas où on utilise le bismuth comme pansement de l'estomac (hypersécrétion, ulcération possible de la muqueuse).

C'est donc ici la cause du kaolin que nous venons défendre trois siècles après Jean Scultet.

Cette suspension de kaolin nous paraît, en effet, avoir sur celle du sous-nitrate de bismuth un certain nombre d'avantages.

En effet, ces deux poudres n'ayant aucune action chimique, aucun pouvoir neutralisant sur la sécrétion gastrique, on ne peut expliquer leur action thérapeutique que par les hypothèses suivantes :

1° Par l'adhérence qu'elles forment avec la muqueuse, elles la protègent contre les actions extérieures et lui permettent au besoin de réparer ses lésions ;

2° Par l'obstruction mécanique qu'elles produisent sur les orifices glandulaires, elles ralentissent la sécrétion stomacale et diminuent par suite l'acidité du milieu gastrique.

Ce sont ces deux actions que nous avons examinées comparativement avec le Kaolin et le Bismuth.

***

Adhérence a la Muqueuse. — Le *Kaolin* ou terre à porcelaine, est une argile grasse dont la cohésion du grain forme la base de son pétrissage, de son utilisation industrielle.

Délayée au mortier avec un peu d'eau, elle donne une sorte de plâtrage collant, adhérant à toute paroi.

Cette adhérence ne peut nullement être comparée avec celle du bismuth dont les grains sont dissociés, entraînés par le moindre courant d'eau. On peut, d'ailleurs, comparer ces adhérences à la muqueuse stomacale de la façon suivante :

Si on fait prendre à quelques jours de distance à un même individu normal deux plâtrages, l'un formé de kaolin et l'autre de bismuth, un lavage d'estomac pratiqué le lendemain permet de retrouver des résidus de kaolin dans l'eau du premier lavage, alors que le second ne contient pas de traces de sel de bismuth.

Action sur la sécrétion stomacale. — L'adhérence du kaolin à la muqueuse étant supérieure à celle du bismuth, l'oblitération des orifices glandulaires doit être plus complète et il doit logiquement en découler une diminution plus grande dans la sécrétion gastrique.

C'est ce que l'expérience nous permet de vérifier.

Prenons un même malade et donnons-lui trois jours de suite un repas d'épreuve.

Le premier repas d'épreuve sera donné seul.

Le deuxième sera précédé d'un plâtrage au bismuth.

Le troisième sera précédé d'un plâtrage au kaolin.

Ce triple examen, nous l'avons répété chez un grand nombre de sujets. Les résultats ont toujours été dans le même sens, et nous résumons dans le tableau suivant à titre d'exemple les chiffres fournis par l'analyse chimique de quelques cas :

		Repas simple	Plâtrage au Bismuth	Plâtrage au Kaolin
1er cas....	HCl libre.....	0,49	1,18	0
	Acidité totale.	1,89	1,63	1,35
2e cas....	HCl libre.....	0,89	0,68	0,30
	Acidité totale.	2,13	1,88	1,20
3e cas....	HCl libre.....	1,25	1,05	0,60
	Acidité totale.	3,10	2,85	1,85
4e cas....	HCl libre.....	1,32	0,70	0,60
	Acidité totale.	2,10	2,05	1,45

L'examen comparatif de ce tableau montre nettement que c'est après le plâtrage au kaolin que nous trouvons l'acidité la moins élevée et nous pouvons par suite en déduire au point de vue de la sécrétion stomacale, que le kaolin possède une action mécanique d'arrêt supérieure à celle du bismuth.

***

En résumé, ces expériences et le contrôle thérapeutique de deux années nous ont montré que dans tous les cas d'hypersécrétion gastrique ou d'ulcération possible de la muqueuse stomacale, on pouvait avantageusement remplacer le sous-nitrate de bismuth par une suspension de kaolin, suspension obtenue en délayant au mortier de 20 à 40 grammes de poudre de kaolin lavé dans une quantité d'eau telle que le mélange ait une consistance épaisse, sirupeuse.

L'observation de Jean Scultet prise en 1622 nous a montré que le kaolin avait pour lui la sanction du temps puisque le bismuth n'a été introduit dans la thérapeutique stomacale qu'en 1893 par Fleiner.

Ajoutons encore en faveur de ce pansement stomacal les arguments suivants :

Le kaolin, par son inaltérabilité chimique ne modifie pas la couleur des selles et permet au malade de se rendre compte d'une hémorragie intestinale, alors que le bismuth par sa transformation dans l'intestin en sulfure noir de bismuth masque toute trace de méléna.

Enfin, le kaolin n'ayant aucune valeur pécuniaire, alors que le bismuth est d'un prix élevé, le pansement stomacal au kaolin pourra être longuement répété par les malades dont la richesse chlorhydrique de l'estomac constitue la seule richesse.

(1) *L'Arcenal de chirurgie de Jean Scultet, médecin et chirurgien de la République d'Ulmes, etc.*, mis en françois par messire François Deboze, docteur en medecine, etc. A Lyon, de l'imprimerie d'Antoine Galien, M.DC.LXXII Observation LXXX : « L'érosion du ventricule guerie », p. 342.

UNE ENQUÊTE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Le Service militaire à 20 ans

La Chambre vient de voter l'incorporation des recrues à 20 ans.

Encore que cette question ait été copieusement discutée au cours des débats, il est des plus utile de faire connaître à tous les opinions autorisées des médecins et spécialistes les plus qualifiés sur les avantages et les inconvénients que l'on doit attendre de cet avancement de l'époque du service militaire.

Dans ce but, la Gazette Médicale de Paris *a songé à recueillir les avis des personnalités les plus compétentes en la matière.*

Le vote qui vient d'avoir lieu devant être sanctionné par le Sénat, il est, croyons-nous, des plus intéressant d'apporter cette consultation sur le bureau de la Haute Assemblée.

Nos lecteurs nous sauront donc gré de la leur présenter.

I

M. G. Weiss, professeur à la Faculté de Médecine, est résolument adversaire de l'incorporation à 20 ans.

Voici les arguments qu'il invoque :

Monsieur le Directeur,

Si je ne me trompe il vous faut une réponse courte et nette, je puis en même temps vous la donner prompte, car ce n'est pas d'aujourd'hui que je songe à la question que vous me posez et j'ai sur elle une opinion très ferme.

Accroître une armée à l'aide de non-valeurs est la plus grande erreur que l'on puisse commettre ; la victoire est aux gros bataillons, a dit un grand homme de guerre, mais il entendait par là de gros bataillons résistants et bien entraînés, et non pas une cohue arrivant, ou n'arrivant pas, sur le champ de bataille fourbue et démoralisée. Notre armée a actuellement une morbidité hors de proportion avec celle de toutes les autres nations, parce que, pour avoir ce fameux nombre, la sélection n'est pas assez rigoureuse au moment de la conscription. Cette situation ne fera qu'empirer si on abaisse à 20 ans l'âge de l'appel sous les drapeaux, car nous savons tous que les jeunes gens de cet âge ne sont pas des hommes faits. Il peut exceptionnellement s'en trouver parmi eux qui donnent de bons soldats, mais il n'en est pas ainsi de la grande majorité. De deux choses l'une : ou bien on sera obligé de se montrer très sévère au conseil de révision, ce qui donnera lieu à de sérieuses désillusions en ce qui concerne le nombre, ou bien on se prépare les plus graves mécomptes.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr G. Weiss,
Professeur à la Faculté de médecine.

II

M. le professeur Gilbert Ballet nous exprime l'avis suivant :

Paris, le 9 juillet 1913.

Mon cher Confrère,

Tous les jeunes gens n'ont pas acquis leur plein développement au même âge. J'estime que beaucoup sont en état de faire à 20 ans de parfaits soldats. Mais c'est affaire de sélection.

Tout vôtre Gilbert Ballet.

III

Une opinion de même ordre est exprimée par M. le Dr Duret.

13 juillet 1913.

Mon cher Confrère,

Je pense qu'une incorporation à 20 ans ne

peut se faire qu'autant qu'un examen médical sérieux établit que la *constitution du sujet le permet*. Les surmenages inutiles devront être évités la première année.

Agréez mes meilleurs compliments.

Dr DURET.

IV

Plus réservé est M. le professeur Marie qui estime qu'en l'espèce il convient surtout d'adopter l'opinion des médecins militaires.

Mon cher Confrère,

Vous me demandez mon avis sur l'incorporation des recrues à 20 ans.

Permettez-moi de vous dire que je ne me sens pas autorisé à émettre un avis sur cette question.

Il serait nécessaire, pour y répondre, d'avoir une grande expérience de l'état de santé et de résistance des sujets de cet âge. Or, je ne vois guère que les médecins militaires et les médecins des écoles spéciales qui aient été à même d'acquérir des connaissances de ce genre.

Je trouverais, pour ma part, tout à fait ridicule qu'on demandât à ce sujet l'avis des membres du Conseil d'Hygiène qui sont pour la plupart soit des bactériologistes de grand talent, soit des spécialistes de l'hygiène industrielle et de l'hygiène publique, qui n'a rien à faire avec la santé des jeunes gens d'un âge déterminé.

Il serait tout aussi ridicule de demander l'avis des membres de l'Académie de Médecine dont un très petit nombre seulement : les médecins militaires et les médecins de lycées, seraient qualifiés pour répondre. Car il ne faut pas oublier qu'une très grande partie des membres de l'Académie de Médecine est composée de savants dont les études n'ont aucune relation avec l'état de santé et de développement des adolescents.

Veuillez croire, mon cher Confrère, que si je ne réponds pas d'une façon plus directe à votre question, dont l'intérêt est si grand, c'est seulement parce que je trouve que ceux-là seuls devraient répondre qui ont assez d'expérience pour le faire.

Recevez, je vous prie, l'expression de mes sentiments dévoués.

PIERRE MARIE,
Professeur à la Faculté de Médecine

V

M. le Dr Béclère, membre de l'Académie de Médecine, est également d'accord qu'il faut s'en référer à l'avis de nos confrères de l'armée.

Mon cher Confrère,

Sur la question de l'incorporation des recrues à 20 ans, j'estime que l'opinion de nos confrères de l'armée doit passer avant celle des médecins civils, ils ont une expérience et une compétence incontestablement plus grandes.

Recevez, mon cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments de considération.

10 *juillet* 1913. Dr BÉCLÈRE.

VI

M. le Dr Georges Clémenceau, sénateur, tout en étant entièrement favorable au projet militaire du Gouvernement, ne laisse pas d'avoir certaines inquiétudes en ce qui concerne l'incorporation à 20 ans.

Voici quelles sont ses raisons basées sur une appréciation des conditions physiques spéciales de nos jeunes générations :

La race allemande, dit-il, plus musclée et moins nerveuse que la nôtre, s'entretient par des exercices soutenus depuis l'enfance avec un soin particulier, sans compter que l'alcoolisme a fait beaucoup plus de ravages chez nous.

VII

M. le professeur Gaucher, membre de l'Académie de médecine, est nettement favorable à l'incorporation précoce :

Mon cher Confrère,

Je ne comprends même pas que cette question soit discutée. Un jeune homme peut aussi bien être soldat à 20 ans qu'à 21 ans. D'ailleurs, tous les engagés conditionnels (dont je suis) *ont fait leur service à 20 ans*.

Bien à vous. ERN. GAUCHER.

VIII

M. le professeur Le Dentu, membre de l'Académie de Médecine, exprime pareillement sa confiance dans les avantages que l'on peut tirer de l'abaissement de l'âge du service militaire :

Mon cher Confrère,

Je m'empresse de répondre à votre question. Je suis convaincu que, si le Gouvernement a considéré comme possible l'incorporation des recrues à 20 ans, c'est après s'être éclairé auprès des hommes compétents, auprès des chirurgiens militaires à qui l'examen annuel des recrues a donné une expérience très étendue et très solide sur la capacité de résistance des sujets de 18 à 21 ans. Je suis convaincu aussi qu'on aura la précaution de renvoyer à l'année suivante les jeunes gens dont le développement ne sera pas jugé suffisant.

Veuillez, en tout état de cause, me classer parmi les partisans déterminés de la loi de trois ans et agréer l'expression de mes sentiments distingués. A. LE DENTU.

IX

Le professeur Kirmisson ne voit pareillement que des avantages à l'incorporation des recrues à l'âge de 20 ans :

Monsieur et cher Confrère,

Je m'empresse de répondre à la question que vous me posez au sujet de l'incorporation des recrues à 20 ans. Je suis tout à fait partisan de cette mesure ; je la crois très profitable à tous les jeunes gens qui se destinent aux carrières libérales, aux étudiants en médecine en particulier. Mon avis est que nous ne devons pas demander d'exception en faveur des étudiants en médecine, sinon, nous verrons se précipiter vers la carrière médicale une foule de jeunes gens qui n'y sont poussés ni par le goût de la science, ni par l'amour de l'humanité, et qui ne voient là qu'un moyen d'échapper aux exigences du service militaire. Mais avec l'incorporation à 20 ans, et avec la précaution de diriger vers les villes possédant des Facultés ou des Écoles de plein exercice les étudiants en médecine, on permettra à ces jeunes gens de remplir leurs devoirs militaires, tout en n'abandonnant pas complètement leurs études.

Veuillez agréer, Mon cher Confrère, l'assurance de mes dévoués sentiments.

E. KIRMISSON.

X

M. le Dr R. Gaillardot, du Collège de France, pense, non sans raisons sérieuses, que l'incorporation à 20 ans peut offrir aux jeunes gens les plus grands avantages :

Monsieur,

Vous voulez bien me demander mon avis au sujet de l'incorporation des recrues à 20 ans, au lieu de 21 ans comme elle se fait actuellement. Il semble que dans l'esprit du public ce chiffre de 21 ans soit une date fatidique correspondant à l'achèvement de la croissance normale. Il n'en est rien. Le développement squelettique et musculaire se prolonge jusqu'à 25 ans et plus. L'incorporation à 20 ans est donc aussi logique que celle à 21 ans. Bien plus, elle présente des avantages, surtout pour les citadins, en ce sens que l'entraînement méthodique au grand air, tel qu'on le pratique à la caserne, aura les plus salutaires effets pour accélérer le développement normal complet du jeune homme.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Dr GAILLARDOT,
du Collège de France.

XI

M. le Dr Henri Henrot, membre correspondant de l'Académie de Médecine, est également d'une même opinion :

Reims, 16 *juillet* 1913.

Mon cher Confrère,

Vous me faites l'honneur de me demander mon avis sur l'incorporation des recrues à 20 ans, le voici résumé en quelques lignes :

1° Au point de vue physiologique : un garçon de 20 ans, bien constitué, sain de corps et d'esprit, peut être incorporé,

A) S'il est chaste et s'il a su éviter les mauvaises habitudes et les excès accompagnant trop souvent le développement génital, si, en un mot, il n'y a pas eu déperdition de la force vitale indispensable au développement complet de l'organisme.

B) S'il fait chaque jour des exercices musculaires et de la marche et deux fois par semaine des exercices de gymnastique (athlétisme, éclaireurs de France, etc.), .

2° Au point de vue social, il y a un intérêt majeur pour tous ceux qui se destinent aux carrières libérales de reprendre un an plutôt leurs études, si la France doit être forte matériellement, il est indispensable qu'elle conserve sa suprématie intellectuelle.

3° Au point de vue patriotique le renforcement de notre armée s'impose, il faut par tous les moyens, assurer la force et la grandeur de la patrie.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr H. HENROT.

XII

M. le Dr Hallopeau, de l'Académie de Médecine, est, lui aussi, nettement partisan de la venue précoce des jeunes gens au régiment.

Mon cher Collègue,

Estimant que la grande majorité des hommes atteignent à 20 ans un développement suffisant pour accomplir leur service militaire, je suis partisan d'une loi qui, dès cet âge, en fera des soldats, naturellement après examen du conseil de révision.

On pourrait même les autoriser à devancer l'appel en s'engageant à 19 ou 18 ans.

L'exercice physique, même au prix de fatigues passagères, est un entraînement des plus salutaires.

En procédant comme nous venons de l'indiquer, on ferait gagner aux jeunes gens un temps précieux pour l'exercice de leur profession, sans préjudice pour leur santé.

Votre tout dévoué. H. HALLOPEAU.

XIII

M. le Dr Mosny, membre de l'Académie de Médecine, exprime la même opinion :

Mon cher Confrère,

J'ai déjà écrit à M. Lhote, député du Pas-de-Calais, qui m'avait demandé mon avis, que j'étais partisan de l'incorporation des recrues à 20 ans, sous réserve d'un examen médical rigoureux et de l'ajournement des sujets physiquement insuffisants à cet âge.

Je n'ai pas changé d'avis : les engagés conditionnels d'un an partaient à cet âge et ne s'en trouvaient pas plus mal.

Cordialement à vous.

10 *juillet* 1913. G. MOSNY.

XIV

M. Balland, pharmacien principal de l'armée,

membre associé de l'Académie de Médecine, nous a fait tenir la réponse suivante :

J'ignore les rapports sur l'incorporation des recrues demandés par le Gouvernement au Comité technique de santé et an Comité consultatif d'hygiène et d'épidémiologie militaire. Mes préférences vont au Comité technique de santé formé de médecins militaires éprouvés, ayant passé de 30 à 40 ans au milieu des soldats de tout âge et les ayant suivis depuis leur entrée au corps jusqu'à leur libération définitive.

Saint-Julien-sur-Reyssouze. BALLAND.

XV

Notre confrère, le Dr Wicart, est entièrement favorable à l'incorporation des recrues dès la vingtième année et considère cette mesure comme devant être particulièrement favorable aux étudiants.

Comme le disait M. Barthou, le rajeunissement des contingents est le système le plus propre à empêcher que le service de trois ans n'exerce une répercussion fâcheuse sur les études supérieures et sur le bon recrutement des carrières libérales ; de même, les inconvénients d'ordre économique, industriel et commercial seront compensés, selon l'avis du sénateur Touron, par l'abaissement de l'âge de la conscription.

XVI

Notre confrère le Dr Granjux, directeur du *Caducée*, dont la compétence en matière de médecine militaire est reconnue de tous, voudrait que l'adoption de l'incorporation des recrues à 20 ans ait pour corollaire une modification de la situation actuelle des médecins militaires vis-à-vis du commandement.

Pour notre part, nous avons la conviction absolue que pour rendre non dangereuse l'incorporation à 20 ans il faut donner au Service de santé les moyens et l'indépendance nécessaires pour surveiller l'exécution de cette mesure, ce qui exige l'adoption préalable des dispositions suivantes :

1° Amélioration du conseil de revision ;

2° Indépendance des médecins vis-à-vis des chefs de corps, réalisée par l'organisation du service de place qui, seul, permet le contrôle et la surveillance de l'hygiène dans les casernes ;

3° Rendre effective la responsabilité personnelle du commandant d'une trouve atteinte d'une épidémie de fièvre typhoïde, en le faisant passer devant un conseil d'enquête, comme le capitaine dont le navire est endommagé ;

4° Enlever les garnisons des villes typhoïgènes jusqu'au jour où elles auront accompli les mesures d'hygiène nécessaires, indispensables, pour détruire les causes d'insalubrité notoire.

Tant que ces quatre mesures ne serons pas mises en vigueur, les plus belles déclarations ne seront que *verba et voces*, et le Service de santé, condamné à l'impuissance, ne saurait couvrir de sa responsabilité le fonctionnement de l'incorporation à 20 ans.

XVII

M. le Dr Legrand, médecin principal de la Marine, en retraite, est aussi nettement favorable au service précoce.

Cher Confrère,

Je suis d'autant plus à mon aise, pour vous donner mon avis sur le service à 20 ans, que j'ai moi-même prêché d'exemple... *indirectement*, bien entendu.

Quand, ces mois derniers, s'est posée la question du retour du service de 36 mois pour tous, j'ai dit à mon fils, qui n'avait pas encore atteint à l'époque sa vingtième année : « Engages-toi donc, *puisque tu réunis, pour le faire, toutes les conditions désirables ;* à mon avis, c'est ton devoir, et *c'est aussi ton intérêt.* Inutile de dire que j'ai été aussitôt écouté, comme j'avais été compris. Vons pouvez donc en conclure que je ne vois aucun inconvénient, mais au contraire beaucoup d'avantages, à tous points de vue, à ce que tous les jeunes gens accomplissent leur service militaire aussitôt qu'ils sont physiquement en état d'en supporter, sans danger, les charges et les fatigues, pourvu, toutefois, qu'ils aient, au moins, 19 ans révolus au moment de leur incorporation.

Veuillez agréer... Dr M. DE LEGRAND.

XVIII

M. le général de Lacroix est partisan du service précoce à 20 ans qui, sous la condition d'être soigneusement réservé aux seuls jeunes gens présentant un développement physique convenable, peut répondre à toutes les nécessités.

A vingt ans, la plupart des jeunes gens ne sont pas encore complètement orientés sur leur avenir. En attendant le service militaire, ils ne font pas grand'chose. Si, à ce moment, le pays leur demande l'année de service supplémentaire, il sert utilement leur intérêt, à la condition, bien entendu, qu'ils aient le développement physique indispensable. Il appartient aux conseils de revision de le constater et de faire jouer les ajournements dans la plus large mesure pour éviter des incorporations prématurées, qui auraient les plus graves conséquences au point de vue de la santé de nos soldats et de la vigueur de notre armée. Nous nous hâtons d'ajouter que l'opinion publique peut être tranquille à ce sujet, car nos médecins sauront se montrer sévères et prévoyants dans leur examen.

XIX

M. Charles Humbert, sénateur, exprime l'opinion que l'incorporation à 20 ans est nécessaire et qu'elle donnera les meilleurs effets, sous la condition que la sélection des contingents soit très sérieusement faite, — ce qui est réclamée d'ailleurs, par tout le corps de santé militaire — et que, une fois à la caserne, le troupier y trouve des conditions supérieures d'hygiène.

Il est parfaitement oiseux d'invoquer à tout propos la sévérité avec laquelle l'Allemagne pratique la sélection de ses contingents, puisque nos ressources en hommes ne nous permettront jamais de nous montrer aussi difficiles dans le choix de nos conscrits, que ceux-ci aient 20 ans ou 21 ans. Mais, par contre, il ne tient qu'à nous de faire en sorte que le troupier français soit au moins aussi bien logé et habillé que le soldat d'outre-Rhin.

Telle est, en résumé, l'opinion du Service de Santé. Il a très opportunément saisi, en cette circonstance, une occasion unique de rappeler d'une manière particulièrement pressante un programme de réformes dont il réclame en vain depuis plusieurs années la réalisation.

Et si ces améliorations nécessaires sont enfin accomplies, l'incorporation à 20 ans, loin d'entraîner les conséquences fâcheuses que d'aucuns redoutaient, marquera dans l'histoire de notre armée la date d'un progrès considérable qui fera le plus grand honneur au Parlement.

XX

M. Ernest Judet voit très justement dans l'incorporation à 20 ans un moyen efficace de combattre le fléau de l'alcoolisme et ainsi d'amener la régénération de la race.

L'adoption du service à 20 ans offre la meilleure des occasions pour mettre en vigueur un programme sérieux d'entraînement et pour combattre l'alcoolisme, dont le fléau atteint la nation jusque dans ses profondeurs.

XXI

Ajoutons, comme complément à cette enquête, que le groupe médical interparlementaire, réuni sous la présidence de M. le professeur Labbé, sénateur, après avoir discuté la question de l'incorporation à 20 ans, a voté l'ordre du jour suivant, présenté par M. le professeur Cazeneuve, sénateur :

« Le groupe médical ne voit pas de raisons scientifiques qui puissent empêcher l'incorporation à 20 ans ;

« 1° Si une sélection médicale rigoureuse et complètement rénovée préside au recrutement ;

« 2° Si les conditions hygiéniques du service actif pour le soldat sont rigoureusement respectées ,

« *a)* En évitant une éducation militaire brusque et intensive sans entraînement ;

« *b)* En évitant l'encombrement dans les casernes et même dans les hôpitaux ;

« *c)* En améliorant le vêtement, le chauffage et toutes les conditions hygiéniques de la vie du soldat ;

« *d)* Et enfin en augmentant le personnel du service de santé, afin que la surveillance médicale des hommes soit constante et que toutes les mesures sanitaires utiles soient appliquées. »

Les Glandes génitales et le Système dentaire

Par M. le Docteur R. ROBINSON

On connait l'action des facteurs chimiques (acides) et des agents mécaniques sur la décalcification et l'usure des dents; on sait aussi que le manque d'hygiène entretient et favorise l'éclosion des microbes pathogènes dans la bouche et provoqué l'inflammation des gencives et la dénutrition du système dentaire. Mais cette pathogénie simpliste n'explique guère les modifications intimes du métabolisme de ce système, car, dans un même groupe d'individus soumis au régime et aux soins identiques, les uns continuent à avoir une dentition satisfaisante, les autres non.

Nous nous sommes demandé si le vieil adage des accoucheurs qui dit : Chaque grossesse coûte une dent à la femme, contenait une part de vérité. Autrement dit, si la sécrétion endocrine des glandes génitales pouvait influencer tant soit peu la nutrition du système dentaire.

Un fait en quelque sorte expérimental nous a frappé d'abord. Dans le laboratoire de notre regretté maître M. Lannelongue, vivaient depuis 8-9 ans, 7 ânes dont trois étaient châtrés et quatre non. Ils étaient nourris exclusivement de foin et avaient servi aux expériences de sérothérapie antituberculeuse. Ces animaux étaient donc plus ou moins tuberculinisés, et, ceci est important, vu la fréquence des altérations dentaires chez les tuberculeux.

Nos sept solipèdes ont été envoyés à l'Institut Pasteur, où M. Frasey, vétérinaire distingué de cet établissement les a examinés. La dentition était dans un tel état de perfection que l'on n'est pas habitué à voir chez des ânes de 10 à 14 ans *tous du sexe masculin.* La géophagie que l'on a invoquée comme cause de l'usure des dents (C.R., 1912, séance du 29 janvier) ne pouvait être supposée ici, puisque le foin contient autant de terre, sinon plus que l'avoine par exemple. Le fait saillant à retenir dans cette observation est la suppression de la fonction sexuelle par défaut d'individus femelles.

Autre exemple tiré de la pathologie comparée. Nous avons fait l'autopsie d'un chien griffon dont toutes les dents étaient noires,

friables. Nous avons trouvé une cryptorchidie bi-latérale avec atrophie glandulaire. D'ailleurs on connait la calvitie et l'usure des dents des chiens cryptorchides.

Les eunuques dont la castration est *précoce* et *complète*, ont cependant une chevelure et une dentition parfaites.

Ces deux faits à l'apparence paradoxale se corroborent au contraire. Chez les cryptorchides les glandes spécifiques sont longtemps comprimées et irritées, d'où une exagération de la sécrétion endocrine. Chez les hommes castrés en bas âge et d'une façon radicale cette sécrétion n'a jamais existé.

Expérimentalement, nous avons détruit chez un jeune chien les glandes sexuelles par l'injection interstitielle d'une substance caustique (periodate de potasse). En même temps nous avons provoqué pendant plusieurs mois une glycosurie phloridzinique. Les dents examinées par le Prof. Mendel ont été trouvées intactes.

Ainsi chez les diabétiques et les tabétiques si la fonction sexuelle est supprimée de bonne heure, les dents peuvent rester en assez bon état.

Cette notion nous paraît fort importante, car le troubles nutritifs observés dans certains organes des tuberculeux, des cancéreux et plus particulièrement des syphilitiques ne doivent plus être considérés comme une action directe des microbes ou de leurs toxines. Un intermédiaire entre ceux-ci et les troubles en question semble être obligatoire, ce sera l'intervention d'une glande endocrine. Le métabolisme du calcium, du fluor, du manganèse, etc., sera ainsi altéré par les lésions ou les troubles fonctionnels des glandes endocrines.

Existe-t-il une action réciproque de la part du système dentaire sur la fonction génitale ?

Deux observations qu'il nous a été donné de connaitre, sont en faveur de cette hypothèse.

1° Un Arménien, domestique d'une quarantaine d'années, était au service d'une grande dame parisienne. Un jour le dentiste de cette personne étant en visite chez elle, celle-ci demanda au praticien, sur le désir de l'Arménien, d'arracher les quelques dents de celui-ci. Séance tenante on fit l'ablation de 18 dents. La victime inconsciente a eu pour récompense un bon appareil, mais perdit toute fonction sexuelle. Les glandes de génération, examinées par nous au bout de trois mois, étaient complètement atrophiées.

2° Un ouvrier russe de 30 ans environ, travaillait depuis quelque temps dans une fabrique de caramel russe, à Saint-Ouen. Il a perdu en très peu de temps la totalité de ses dents devenues noires et friables. Cet homme fut atteint par la suite d'une stérilité complète et de l'atrophie glandulaire.

Ces faits que nous pourrions multiplier par de nombreuses observations suivies personnellement dans les Hôpitaux de Paris, démontrent la synergie des glandes sexuelles avec le système dentaire.

Il semble de plus en plus prouvé que l'irritation des glandes génitales produit une action fâcheuse sur le métabolisme calcaire des os et des dents.

On pourrait donc logiquement, chez les personnes atteintes d'une caducité précoce des dents, combattre cette action funeste des glandes sexuelles par l'opothérapie et même le cas échéant par une intervention chirurgicale appropriée à chaque cas.

REVUE DE PATHOLOGIE

Ostéite juxta-épiphysaire tardive subaigue de l'adulte

Par M. le Docteur MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux de Paris.

Voici une maladie inconnue, voire inexistante, dont j'ai pourtant observé deux cas, il y a douze ans et un troisième l'été dernier. Elle affecte le système osseux. Elle me semble une image atténuée de ce qu'on appelait dans l'antiquité... moderne, la périostite phlegmoneuse diffuse, ou l'ostéomyélite juxta-épiphysaire.

Ces seuls noms évoquent en nous le souvenir de complications que nous ne connaissons plus, avec l'infection purulente an sommet et, comme menue monnaie, les nécroses d'os entiers avec séquestres géants et fistules intarissables. Et, comme unique moyen d'un salut aléatoire, le fer et le feu, et an prix de quels délabrements !

C'était au temps de la *Terreur pyohémique et puerpérale*, avec la dictature meurtrière des deux grandes séries pyogènes qui, du fond de leur inconnu mystérieux, décourageaient le bras des chirurgiens sans que le nom grandissant d: Pasteur présageât encore un thermidor libérateur.

Phlegmon diffus des os ou phlegmon diffus du tissu cellulaire, nous les avions rencontrés, mais qu'il y a loin de ces maladies effrayantes, aux poussées ostéalgiques nées de la fièvre typhoïde ou de la grippe ! Aussi peut-on hésiter à retrouver dans ces dernières les filles du typhus des membres de Chassaignac, ou de l'ostéomyélite que Gosselin redoutait chez les adolescents à croissance exagérée.

Je réclame pour ma cliente la reconstitution de son état civil. Plaise à la Cour de lui donner le nom d'ostéite juxta-épiphysaire tardive subaiguë de l'adulte.

C'est la *fièvre de croissance des adolescents*, vieillie et assagie. *Vieillie*, car des trois cas que je rapporte, l'un a été observé à vingt-cinq ans, le second à vingt-deux ans, le troisième à quarante ans. Assagie, car an lieu des suppurations, des délabrements et des séquestre de la *périostite phlegmoneuse diffuse* de Gosselin, nous ne trouvons plus qu'une ostéomyélite congestive et dont le molimen inflammatoire évolue vers la résorption ou la constitution d'ostéomes ; la masse de terre, de pierre et d'épaves que roulait jadis le torrent impétueux et qui dévastait tout comme une avalanche, n'est plus qu'un sédiment d'alluvion qui va ensabler les rives, le long desquelles nn mamelon isolé, de nouvelle formation, représentera çà et là les restes de l'embâcle.

Voici l'observation dernière en date ; je la présente, comme les suivantes, rédigée en abrégé télégraphique :

Obs. I. — B... (Albertine), quarante ans, employée de magasin, vue avec mes confrères les Drs Lapointe (chirurgien dentiste), Guelpa, et Lécuyer (de Chatou).

Début au sixième mois d'une aphonie, suite de grippe, par une vive douleur au niveau du coude droit. Le lendemain, le poignet correspondant est pris, puis toute la chair intercalaire, puis l'avant-bras gauche. Douleurs moins vives aux autres membres inférieurs.

Je vois la malade le troisième jour. Les membres, surtout l'avant-bras pris comme type, sont douloureux en masse, surtout à la pression profonde et en longueur. Pa, de fièvre, mais état général très accentné.

On pensa à un rhumatisme musculaire, à des névrites multiples, à des phlébites et à des lymphangites (tant qu'il n'y eut que deux points intéressés) ; et, enfin, le summum de la douleur aux épiphyses, l'intégrité des articulations, la sensibilité osseuse en longueur et l'étiologie grippale me firent affirmer dès le quatrième jour le diagnostic de pseudo-fièvre de croissance.

L'arrivée des premières règles, à l'époque normale, vingt jours après, sans qu'il en résultât une aggravation des douleurs, entraînait, d'après mon expérience, un pronostic favorable, qui fut justifié ; les règles suivantes se passèrent de même ; les troisièmes emportèrent la moitié des douleurs restantes, que le mois suivant ne retrouva plns.

La preuve que le diagnostic était juste, c'est qu'il y eut bien accroissement osseux, un ostéome du cubital droit, qui a mis un mois à se résorber.

Obs. II. — R... (Jeanne), vingt-cinq ans, vue avec nos collègues M. Brault et le regretté Bouilly.

Début aigu au décours d'une grippe intense à forme névromyalgique. Intéresse les os longs et le bassin. Bilatéralité et symétrie. Paroxysmes menstruels. Céphalée intense, continue, avec accès.

Durée, trois mois la première année, trois mois de rechute, la deuxième année a grandi symétriquement.

Pas de complications viscérales.

Traitement. Repos absolu. Vésicatoires. Antithermiques. Analgésiques.

Obs. III. — St... (Mathilde), vingt-deux ans. C'est la forme la plus grave que j'aie observée.

La maladie a duré de trois à quatre ans, intéressant tous les os.

Les symptômes fondamentaux furent les mêmes, mais combien plus prononcés ! Les petits os du poignet et de la main se prirent, puis les omoplates, ensuite les os du crâne.

En six semaines, la jeune fille cessa de pouvoir coiffer le képi de son frère officier.

La deuxième année parurent des complications broncho-pulmonaires, signes de phtisie au deuxième degré ; l'année suivante, ce fut le tour des organes du bassin. On dut faire l'ovariotomie double.

A la fin de la quatrième année, la jeune fille, était en convalescence, boitant... Sa croissance avait été extraordinaire ; à noter une hypertrichose luxuriante absolument pathologique, vue avec M. Besnier, et qui, au moment de l'accroissement en épaisseur des pariétaux, convrit le front de cheveux d'un noir de jais à 15 ou 18 millimètres au-dessous de la bordure ancienne du uir cbevelu.

Ayant perdu la persoune de vue, j'ai su seulement qu'au bout d'une dizaine d'années elle était encore vivante, mais d'une taille démesurée, très maigre, peu solide et toujours atteinte du côté thoracique.

Récapitulons

Voilà trois cas d'ostéopathie multiloculaire subaiguë à siège juxta-épiphysaire ; tous les trois ont été d'origine nettement grippale ; tous ont frappé des femmes aux âges respectifs de vingt-deux, vingt-cinq et trente-neuf ans. La maladie paraît résulter d'un raptus congestif universalisé, intensifiant le fonctionnement des appareils, exagérant la nutrition, et quelquefois le développement des organes.

Ceux dont l'hypertrophie *post morbum* est le plus aisément contestable sont le tégument et ses annexes, peau, ongles et poils, et le système osseux.

De là une conclusion particulièrement curieuse.

Si on pouvait isoler, cultiver et utiliser le microbe grippal amené à la virulence ostéopathogone, on en pourrait tirer parti pour la réparation des appareils cutané (cicatrices), osseux (pertes de substante) et pilaire (alopécie).

En voici une preuve bien typique. Parmi les phénomènes vivants exhibés par Barnum, lors de sa dernière tournée à Paris, se trouvait un Jesepho Mason, dont *Le Journal* du 30 mai 1912

reproduit la photographie : 1° à l'état normal d'abord, et 2° en « *homme chien* », après nne maladie qui a convert son visage d'une forêt de poils.

Cette maladie : c'est *la grippe*.

La grippe !

Voilà nne maladie susceptible de bouleverser la nntrition dans son ensemble au point de l'arrêter, l'exagérer ou la défigurer à l'instar de la fièvre typhoïde et des pyrexies. Comment concevoir le rôle de cette infection, et jusqu'ici sa virulence posthume va-t-elle menacer ceux qu'elle a frappés ?

C'est que la grippe, en apparence si insignifiante, est le type des grandes infections et de toutes la plus dangereuse peut-être dans ses suites. C'est ce que je veux vous démontrer, en faisant voir qu'il n'est pas en notre corps, mais pas nne cellule qui, par cela même que l'organisme baigne tout entier dans la lymphe, le vrai milieu inférieur, ici gorgé de toxines, ne puisse être atteint par le poison grâce à la cellulite sèche universellement diffusée qui est le propre de la grippe (1).

REVUE DE DIÉTÉTIQUE

Menu-type de Dyspepsie intestinale par putréfaction des albuminoïdes

PETIT DEJEUNER : Un potage à l'eau, légèrement sucré ou salé, ou au bouillon de légumes, puis avec moitié eau et lait, puis au lait.

A 10 HEURES : Une bouillie à la farine lactée.

A MIDI : *Premier plat* : pâtes alimentaires (nouilles ou macaronis) cuites à l'eau légèrement salée. (Ajouter un peu de beurre à même dans l'assiette.)

Second plat : pommes de terre au four, ou cuites à l'eau, ou riz à l'eau.

Entremets : gâteau de riz avec moitié eau et lait (sans œuf).

Dessert : gelée de confitures et 4 comprimés de sinubérase.

Pain : biscottes.

Boisson : bière de malt, jns de raisins frais, ou vin blanc léger, coupés d'eau additionnée d'Urodonal.

4 HEURES : Farine lactée.

DINER : (Comme à midi).

Au bont d'une quinzaine de jours, on ajoute au régime un peu de blanc de poulet ou de jambon maigre.

La *constipation* existe-t-elle ? Il est bon d'ajouter au régime des salades cuites, chicorée, laitue, épinards, andives, des fruits cuits, pommes cuites, pruneaux.

S'accompagne-t-elle de phénomènes *d'auto-intoxication* ?

Quelques grands *lavages du gros intestin* à l'eau bouillie, légèrement salée, à la température de 38 degrés, administrés à une faible pression (0m. 30) et à la dose de 1/2 litre à 3/4 de litre environ, pendant quelques jours seulement, seront très utiles. On joint *la cure de diurèse* (Urodonal)

REVUE DE CHIRURGIE

Hémorragie de la fémorale infectée par un abcès poplité ayant pour origine une ostéomyélyte de l'extrémité inférieure du fémur. Ligature double de l'artère

Par M. le Dr JEANNEL

C'est, je crois, en 1879, il y a trente-quatre ans environ, que pour la première fois j'ai entendu parler par mon maître Verneuil, par Trélat et Gillette, à la Société de chirurgie de Paris, des hémorragies par ulcération des artères avoisinant un foyer purulent. Déjà alors on accusait le contact des drains, mais on reconnaissait l'influence de la septicité dn foyer. Cette discussion est tonjours restée dans mes oreilles ; j'en ai gardé, pendant toute ma vie chirurgicale, nn souvenir qui m'a inspiré la terreur du drain placé, dans les abcès dn con ou les abcès iliaques en particulier, au contact des gros vaisseaux et, à plusieurs reprises, dans mon enseignement, j'ai attiré l'attention de mes élèves sur les précautions à prendre pour éviter les hémorragies foudroyantes capables de survenir en pareille occurrence.

Depuis lors, la question a été plusieurs fois étudiée, en particulier en ce qui concerne les hémorragies de l'iliaque externe dans les abcès appendiculaires. La thèse de Lebon (Paris 1893-94) ; le travail de Caraven et Basset, dans la *Revue de Chirurgie*, en 1910 ; la thèse de Sonfag (Lyon, 1911-12), enfin le récent mémoire de Patel et Murard, paru dans la *Revue de Chirurgie*, en 1912, où il est question d'hémorragies déterminées par l'ulcération, non pas de l'iliaque externe, mais de l'une des branches de cette artère, monttrent que cette question est restée à l'ordre dn jour.

Comme vous le savez, pour expliquer l'ulcération vasculaire, source de l'hémorragie, on a invoqué d'abord le contact du drain coudé sur le vaisseau ou simplement appuyant sur lui. Mais de nombreuses observations sont venues bien vite démontrer que la pression mécanique exercée par le drain sur la paroi musculaire ne suffisait pas ; que l'hémorragie ne se produisait pas en milieu aseptique ; que, par conséquent, l'ulcération résultait non pas tant de l'usure mécanique de la paroi vasculaire frottée par le drain, que de l'inflammation septique de la paroi inoculée par le pus dans lequel elle baigne. Bien mieux, Le Dentu, Monod, Bouilly et d'autres n'ont-ils pas relaté des faits où l'ulcération hémorragique du vaisseau s'est produite sans qu'il y ait eu drainage, par simple infection de la paroi inoculée par le pus de l'abcès ?

N'a-t-on même pas décrit les lésions successives de cette ulcération : infiltration et destruction de la gaine externe du vaisseau, infiltration de la tunique moyenne, thrombose des vasa-vasorum, ischémie et sphacèle (thèse de Lebon) ?

L'observation que je soumets aujourd'hui à votre appréciation me paraît devoir être rangée à côté de celles où l'infiltration septique de la paroi vasculaire est seule responsable de l'hémorragie. Deux particularités la distinguent. D'abord, il s'agit d'un phlegmon du creux poplité, déterminé par une ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur. En second lieu, c'est au cours même de l'opération, dont le but était l'ouverture de l'abcès et l'évidement du fémur, que l'hémorragie s'est produite, pour ainsi dire, dans les doigts de l'opérateur, à titre d'incident opératoire. Voici le fait :

Un jeune garçon de quinze ans entre dans mon service le 4 avril 1913. Il est fiévreux, pâle, fatigué. Il souffre du genou gauche depuis un mois et demi.

Le genou est fléchi à angle obtus ; l'articulation est cependant saine ; la moitié inférieure du fémur est tuméfiée ; il existe dans le creux poplité et sur la fce interne de la cuisse une tumeur douloureuse et fluctuante remontant jusqu'au dessus du niveau du canal de Hunter ; les vaisseaux semblent soulevés.

La radiographie démontre l'existence de l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur que l'examen clinique avait du reste fait affirmer, mais elle découvre, en outre, l'existence d'une fracture spontanée du fémur au-dessus de l'épiphyse, fracture qui témoigne de l'acuité de l'infection en somme récente. Au surplus, l'état général est mauvais ; l'enfant a de la diarrhée, il est pâle, maigre, certainement en proie à une septicémie. J'opère d'urgence le 8 avril.

J'incise largement sur la face interne de l'extrémité intérieure de la cuisse, là où la tumeur proémine fortement. Après avoir traversé la pean et le vaste interne en avant dn conturier et des addncteurs, je pénètre dans la large poche de l'abcès d'où s'écoule nn flot de pus infect mêlé de lambeaux de tissu cellnlaire sphacélé. N'oubliant pas que les vaisseaux sont voisins, dès que l'abcès est ouvert, j'abandonne tout instrument et j'élargis avec mes deux index s'écartant doncement l'un de l'autre suivant la direction des fibres mnsculaires l'onverture du vaste interne, de manière à bien découvrir toute la cavité pnrulente et la face postérieure du fémur.

Cette manœuvre exécutée avec toute la prudence voulue, permet l'écoulement d'un nouveau flot de pus venant de l'angle supérieur de la plaie. M. Baudet, qui m'aide, éponge et ne voit rien d'anormal. Cependant, ayant tamponné moi-même la plaie avec une compresse, voici que j'entends le bruit spécial que fait une artère qui donne du sang dans une cavité. Sachant combien la région est vasculaire, je ne me préoccupe guère d'abord de l'incident. Cependant, malgré les tamponnements réitérés, le sang remplit vite le fond de la cavité et le sifflement artériel retentit toujours. Je cherche et je vois donnant avec énergie, un orifice d'artère, du calibre d'un stylet, au niveau de la paroi de la poche qui correspond à la situation de l'artère fémorale à la sortie de l'anneau des adducteurs. Je saisis l'orifice avec une pince hémostatique, et j'essais une ligature qui tombe. Le jet artériel devient plus gros. J'essaie plusieurs saisies sans réussir à autre chose qu'à augmenter le volume du jet de sang, qui bientôt devient tel qu'il n'est pas douteux que ce ne soit la fémorale elle-même qui donne maintenant. Une compression est exercée à la racine du membre ; j'ouvre le canal des adducteurs, je constate que ce canal est décollé de ses adhérences profondes au fémur par une fusée purulente de telle sorte que *l'artère baigne dans le pus*. Je remonte alors assez baut et je descends assez bas pour faire porter une double ligature sur une portion artérielle isolée du contact du pus et me rends ainsi maître de l'hémorragie. Non cependant sans avoir été obligé de lier aussi doublement une veine fémorale dont la paroi avait été déchirée.

L'bémostase assurée je procédai à l'évidement du fémur sur lequel je ne veux pas insister.

Qu'il me suffise de dire que la ligature de la fémorale n'eut aucune conséquence fâcheuse sur la vitalité du membre.

Que s'était-il donc passé ? Quelle est la cause de cette hémorragie ? Ai-je commis une maladresse opératoire et blessé l'artère ? Ce serait alors avec mon doigt ! Je pense que l'abcès poplité très septique avait pénétré dans la gaine des vaisseaux que le pus avait même décollé l'anneau de ses adhérences fémorales, disséquant les vaissaux et infectant leur paroi. Une branche artérielle également infectée a été sans doute arrachée au niveau de son insertion sur la fémorale ; enfin la paroi infectée de la fémorale s'est effondrée sous la pression de la pince bémostatique et de la ligature. Que l'artère baignât dans le pus, ce n'est pas douteux ; que dans ces conditions sa paroi dût s'infecter, cela est certain ; que ce soit là la cause de la fragilité de cette paroi, je n'en doute pas. Qu'il y avait chance pour que, l'opération ayant été différée pour une raison quelconque, une ulcération artérielle se produise dans un délai plus ou moins bref, déterminant une bémorragie foudroyante dans la poche de l'abcès, et que, en opérant, je sois arrivé à temps pour prévenir les conséquences de cette catastrophe, cela me paraît évident. Et c'est pourquoi je conclus qu'il convient de se méfier des phlegmons du creux poplité d'origine osseuse, surtout lorsqu'ils fusent en suivant le trajet des vaisseaux vers l'anneau des addncteurs.

(1) Soc. médic. des hôp.

Angio-lipome de la main après autoplastie

Par M. le Docteur J.-P. TOURNEUX.

On sait que les lambeaux autoplastiques peuvent, dans certaines conditions, présenter au niveau de leur zone profonde des modifications assez importantes, dont une des plus intéressantes est la lipomatose. Une pareille évolution est entièrement rare si on a le soin, en taillant son lambeau, de le débarrasser soigneusement du pannicule adipeux sous-cutané.

Au contraire, si l'on emploie le procédé recommandé par Berger et si l'on détache la totalité du tissu cellulaire avec son pannicule adipeux et sa couche lamelleuse, on obtient un lambeau dont la vitalité est mieux assurée, mais qui a bien souvent le défaut d'être trop épais et disgracieux. Ultérieurement, par suite de la prolifération des couches graisseuses, l'exubérance de l'autoplastie augmente encore, réalisant ainsi une saillie des plus marquées sur le reste des téguments. Il en résulte un défaut d'esthétique complet et c'est pour cette raison que P. Delbet et Morestin ont rejeté la conservation du pannicule adipeux dans leurs lambeaux autoplastiques. Plus rarement, au processus lipomateux, vient s'ajouter une autre modification portant cette fois sur l'apparition vasculaire et le résultat de cette association vient alors donner à l'autoplastie un caractère tout à fait particulier. Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas au mois d'octobre dernier, dans le service de notre maître M. le professeur Mériel, et nous croyons intéressant de le communiquer à la Société de chirurgie.

Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans et demi qui s'est présentée le 10 octobre 1912 à la consultation de l'Hôtel-Dieu pour un ongle incarné du pied gauche et pour un angiolipome de la main gauche. Il y a dix ans environ, cette malade s'était brûlée une partie de la face dorsale de la main et présentait une large plaie s'étendant depuis le bord cubital jusqu'au niveau du troisième métacarpien. M. le professeur Jeannel lui fit à cette époque une autoplastie suivant la méthode italienne, en prélevant un lambeau sur la région épigastrique.

Ce lambeau autoplastique n'a pas présenté de modifications pendant plusieurs années, conservant sa disposition et sa couleur normale ; puis, il y a à peu près trois ans, on nota une légère surélévation de la région qui augmenta insensiblement. En même temps, on put remarquer que la coloration de la peau présentait également des modifications, passant du rose pâle, au rouge vif, puis au rouge violacé. Actuellement, Maria G... possède au niveau de la face dorsale de la main gauche une sorte de tumeur ellipsoïdale s'étendant depuis l'articulation métacarpophalangienne jusqu'à l'interligne du poignet, et depuis le bord cubital de la main jusqu'à l'espace interosseux. Cette production s'élève à 1 cent. 1/2 au-dessus du niveau du reste du tégument et sa coloration est violacée. La consistance est molle ; il n'y a pas de troubles de température ni de douleurs ; la coloration disparaît sous la pression pour reparaître quelques instants après.

Ces différents caractères nous firent porter le diagnostic d'angio-lipome dû au développement exubérant du pannicule adipeux sous-cutané et proposer une petite intervention consistant en l'ablation d'une partie du lambeau et le dégraissage du reste. C'est ce qui eut lieu le 12 octobre. Par deux incisions se regardant par leur concavité, nous avons isolé un secteur ellipsoïdal, qui fut enlevé, et nous avons procédé ensuite à l'ablation de tout le tissu adipeux. L'intervention, très simple, fut accompagnée d'une hémorragie assez abondante, hémorragie diffuse qu'une compression énergique parvint à tarir. Les deux lèvres cutanées furent ensuite suturées aux agrafesde Michel.

Nous avons fait l'examen histologique de la pièce enlevée et nos recherches ont porté sur la peau et sur la couche graisseuse.

Du côté du tégument externe, on constate une diminution très marquée de l'épaisseur des différentes couches de l'épiderme, diminution portant principalement sur le corps muqueux de Malpighi, mais il n'y a pas de modifications structurales. Du côté du derme, qui présente ses dimensions normales, nous avons pu observer la présence de nombreux vaisseaux sanguins bien plus développés qu'à l'état ordinaire. Leur structure éminemment simple se réduit à une couche endothéliale doublée d'une paroi propre. En certaines régions, ces vaisseaux constituent de véritables lacis, en s'entrecroisant et s'anastomosant sous différents sens. Il n'y a pas de modifications bien sensibles du tissu conjonctif ; en quelques points seulement, on peut noter la présence de cellules migratrices un peu plus nombreuses que de coutume. Quant au tissu adipeux, ce qui frappe tout d'abord, c'est sa coloration rose extrêmement marquée. Elle est due à la présence de très nombreux capillaires qui se ramifient au sein des cloisons périlobulaires. Les cellules adipeuses ne présentent rien de particulier, mais les travées conjonctives qui séparent les lobules sont plus épaisses que normalement, et présentent, au pourtour des vaisseaux sanguins, quelques cellules migratrices.

Les suites opératoires ont été excellentes, la réunion par première intention s'est effectuée normalement la peau est restée souple, et glisse sur les plans profonds. Nous avons eu l'occasion de revoir depuis notre petite malade ; le bon résultat s'est maintenu et la coloration a légèrement diminué d'intensité.

En résumé, nous nous sommes trouvé en présence d'un angio-lipome développé au niveau d'une ancienne autoplastie. Nous ne savons à quelle profondeur avait été taillé le lambeau qui a servi à combler la perte de substance, mais nous inclinons à penser que la dissection avait dû comprendre au moins une partie si ce n'est la totalité du pannicule adipeux. Cette couche graisseuse transplantée dans une région où la vascularisation est déjà intense normalement, s'est mise à proliférer activement et est ainsi arrivée à présenter l'aspect que nous avons décrit.

En même temps, il s'est produit une néoformation capillaire très abondante, débutant, croyons-nous, au niveau de la couche adipeuse, et qui a gagné secondairement le tégument. De pareils faits ne sont pas extrêmement rares, et un certain nombre d'auteurs en ont rapporté récemment diverses observations ; c'est en se basant sur ces résultats que P. Delbet et Morestin ont conseillé d'éviter de comprendre dans la taille des lambeaux autoplastiques le pannicule adipeux sous-cutané (1).

(1) Soc. de chir. de Toulouse.

REVUE D'UROLOGIE

Technique opératoire de la génitoplastie masculine externe

MM. les Drs Bonamy et Dartigues ont, il y a quelque temps, publié dans ce journal (2) une fort remarquable observation d'éléphantiasis du scrotum.

Comme complément à cet intéressant travail, nous résumons aujourd'hui la technique opératoire de l'opération, à la fois d'exérèse et de plastique, à l'aide de laquelle les deux distingués chirurgiens ont refait de nouvelles bourses et un nouveau revêtement pénien à leur malade.

Voici sommairement indiquée comment fut réglée l'opération :

I. — Décortication pénoscrotale ou scalp génital externe. 1° On incise au bistouri un vaste quadrilatère encadrant toute la face antérieure des organes génitaux ;

2° Décortication du pénis. Introduction d'une bougie de Hegar qui sert de mandrin. Dépouillement au bistouri convexe de la verge par rabattement de la peau sur les côtés et en dessous ;

3° décortication de la face antérieure du scrotum.

4° Dégagement et exploration des cordons spermatiques et des testicules.

II. — Néoformation d'un scrotum et d'un orifice raphi-scrotal pour le passage du pénis. 1° On rabat le bord inférieur du scrotum sur le ventre qu'on maintient en contact avec le bord pubien de l'incision, la verge passant par cet interstice maintenu par les pinces.

Quatre, cinq centimètres au-dessous, sur le raphé scrotal, on pratique un orifice longitudinal de cinq, six centimètres. On saisit par cette fente la verge qu'on attire au dehors en bas pour sa place définitive.

Suture horizontale des bords scrotal et pubien de l'incision d'exérèse.

III. — Néovagination du pénis. 1° Taille d'un lambeau scrotal bilatéral ;

2° Application péripénienne des lambeaux et suture.

L'intérêt et l'originalité du manuel opératoire suivi par les auteurs résident dans l'idée d'une ouverture du scrotum rapetissé par lequel on fait passer la verge et dans la plastie de toute la surface externe des organes génitaux externes en une seule séance.

(2) Voir la *Gazette médicale de Paris*, n° 182, du 22 janvier 1913, p. 21.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

L'éclairage des locaux scolaires

Par M. le Dr Étienne GINESTOUS, Oculiste des hôpitaux de Bordeaux.

Il faut envisager successivement *l'éclairage naturel, l'éclairage artificiel.*

I. ÉCLAIRAGE NATUREL. — 1° *Orientation de l'École.* — Tous les points cardinaux ont eu leurs chauds partisans et leurs non moins tenaces détracteurs. L'exposition Ouest n'est cependant recommandée par personne. L'exposition Est se combine le plus souvent avec des expositions Nord et Sud. En France, Trélat s'est fait l'apôtre de l'Exposition Nord, lui reconnaissant les avantages » d'une lumière égale, diffuse, sans rayons solaires directs, éminemment propre à l'exercice de la vision ». Erismann (1), Gruber (1), Nussbaum (1), Javal ont préconisé l'exposition Nord-Est ou Nord-Ouest. Par contre, Arnould (2) recommande l'exposition Sud. De tout ce qui précède il résulte qu'on est dans l'impossibilité absolue de formuler des règles générales d'orientation des classes. Même dans chaque pays, les les conditions sont essentiellement variables avec les régions. En France, en particulier, le relief du sol crée des climats par trop différents pour lesquels le même cliché de construction scolaire ne peut être applicable. Ce serait une grosse inconséquence que de vouloir concevoir et imposer un type unique de la classe, type modèle, qui se pourrait planter à n'importe lequel des points cardinaux. Suivant Truc et Chavernac (3) » l'orientation au Nord conviendrait le mieux dans les régions méridionales ».

2° *Dispositions générales des locaux scolaires* orientation et dimensions des baies, etc.). — Certains ont pu mettre en garde contre l'excès d'éclairage ; à vrai dire, l'inconvénient est exceptionnel et c'est plutôt à son insuffisance qu'il y a lieu de remédier ; aussi peut-on dire, avec

(1) Congrès international d'hygiène scolaire à Nuremberg, 1904.

(2) ARNOULD, Traité d'hygiène. Bâtiments d'école, p. 741.

(3) TRUC ET CHAVERNAC, Hygiène oculaire et inspection des écoles, p. 55.

Javal, il faut le plus de lumière possible. « La Commission de l'hygiène de la vue dans les écoles », instituée par arrêté ministériel du 1er juin 1881, adoptant les conclusions de Javal, a fixé l'étendue de la plus petite portion du ciel qui doit être vue de la place la moins favorisée de toute classe et décidé qu'un œil placé à la hauteur de la table doit voir le ciel dans une étendue verticale d'au moins 30 centimètres, comptés à partir de la partie supérieure de la fenêtre. Mais cela ne suffirait pas, et l'Instruction ministérielle du 28 juillet 1882 a réglementé l'éclairage naturel des classes : « Les dimensions des baies seront calculées de façon que la lumière éclaire toutes les tables. La largeur des trumeaux sera aussi réduite que possible. L'intervalle entre le haut de la fenêtre et les plafonds sera d'environ 20 centimètres. Les appuis seront taillés en glacis sur les deux faces et élevés de 1 m. 20 au-dessus du sol. Lorsque l'éclairage sera unilatéral, le jour viendra nécessairement de la gauche des élèves et les conditions suivantes sont exigées : 1° la hauteur de la classe devra être égale aux deux tiers environ de sa largeur : 2° des baies d'aération seront placées dans la face opposée à celle de l'éclairage. Dans tous les cas, la distance de la face ou des faces d'éclairage aux constructions voisines ne sera jamais inférieure à 8 mètres. On ne percera jamais de baies d'éclairage dans le mur qui fait face aux élèves. L'éclairage par un plafond vitré est interdit. Les châssis des fenêtres seront, dans le sens de la hauteur, divisés en deux parties s'ouvrant séparément pour la ventilation ».

Seul, l'éclairage *latéral* est accepté. Javal et M. le Professeur Gariel ont défendu l'éclairage *bilatéral* ; mais après de longues et ardentes discussions, les hygiénistes semblent avoir généralement adopté *l'éclairage unilatéral gauche* préconisé par Cohn en Allemagne et Emile Trélat en France. Cependant, si l'éclairage unilatéral gauche reste insuffisant, on peut employer *l'éclairage bilatéral différentiel* ou de secours, en donnant aux fenêtres de droite une superficie égale à la moitié de celle des fenêtres de gauche.

En ce qui concerne les dimensions des baies, Trac et Chavernac les résument ainsi : Pour l'éclairage unilatéral gauche : « on obtiendra un bon éclairement, lorsque le vitrage et le sol seront dans le rapport de 1 à 3 ou mieux encore de 1 à 2, de 1 à 5,1 ». Pour l'éclairage unilatéral droit : « les fenêtres doivent s'ouvrir à 3 mètres au moins du sol. »

II. Éclairage artificiel. — C'est un pis-aller comme éclairage des locaux scolaires. De Metz, d'Anvers (1), au cours de ses recherches, a constaté son influence néfaste : dans une école de filles où l'éclairement artificiel était usité pendant toute la journée, il a vu la myopie croître de classe en classe, pour atteindre dans la section supérieure plus de 33 pour 100 des élèves. Arnould (2) ne prévoit l'éclairage artificiel que dans les salles d'études. En aucun cas on ne devrait y recourir dans les classes de jour ; dans celles-ci, les locaux devraient présenter une disposition permettant un éclairage naturel suffisant même par temps très sombre.

Mais lorsqu'on est obligé de se soumettre à la lumière artificielle, ainsi que l'a dit Javal, « il n'y en a jamais trop, il n'y en a jamais assez ». La lumière est dirigée sur les tables de travail, tantôt directement par des abat-jour ou des réflecteurs ; c'est *l'éclairage direct* ; tantôt elle y parvient par *diffusion* à l'aide de dispositifs spéciaux c'est *l'éclairage indirect*. L'éclairage direct (becs de gaz, becs Auer) est le plus habituellement employé. Le type parfait de *l'éclairage indirect* ou par *lumière diffuse* est celui installé au Lycée Mignet, à Aix-en-Provence.

(1) De Metz, L'éclairage scolaire artificiel. *Rev. intern. d'hyg. et de thérap. oculaires*, octobre 1910.
(2) Arnould, Nouveaux éléments d'hygiène. Hygiène scolaire. Les Lycées, p. 758.

Quoi qu'il en soit, d'après Courtois et Dinet (1), « les sources de lumière devraient toujours être placées à une distance minima de 1 mètre au-dessus de la table, leur position serait telle que la lumière arriverait d'en haut et de gauche. Il faut au moins un bec de gaz pour 6 élèves ».

(1) Courtois et Dinet. Deuxième Congrès international d'hygiène scolaire. (Londres) 1907.

REVUE DE PHYSIOTHÉRAPIE

Guérison rapide d'une escarre sacrée par des applications d'air chaud

Par MM. MOSNY et PRUVOST

On sait que, depuis plusieurs années, on a multiplié en thérapeutique les applications de douches d'air chaud ; en particulier, on a cherché à guérir par ce moyen des plaies rebelles à la cicatrisation. En 1908, MM. Dausset et Laquerrière (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 nov. 1908) signalaient la prompte cicatrisation des plaies suppurantes. Mais c'est surtout dans le cas des plaies rebelles aux autres traitements que s'affirme l'heureuse influence de l'air chaud, comme dans l'observation rapportée par M. Pérain (Soc. des chirurgiens de Paris, 13 oct. 1911). C'est également de cette manière que l'on traite avec succès les ulcères atones, torpides (M. Vignat. Douches d'air en thérapeutique. *Presse Médicale*, 2 déc. 1911 ; et Esau. Traitement des dermatoses par l'air chaud ; *Münch med. Woch*, 58e année, 18 avril 1911.)

Il nous a semblé que les escarres survenant chez les infectés, à la suite d'un alitement prolongé, et en raison de la mauvaise nutrition des tissus, pourraient bénéficier de ce traitement. Et l'essai nous en paraissait d'autant plus justifié que l'on connaît la longue durée de ces escarres, l'inefficacité des traitements communément mis en œuvre et l'extrême gravité des risques d'infection qu'elles font courir aux malades.

Notons d'ailleurs que cette méthode de traitement a déjà été employée en pareil cas. On lit, en effet, dans les *Archives de Gynécologie* (1911), l'observation d'une femme récemment accouchée qui présentait une escarre sacrée énorme que M. Vignat parvint à guérir en six semaines.

Dans notre observation, il s'agit d'une escarre sacrée de dimensions moindres, mais dont les progrès constants s'accompagnient de phénomènes d'infection mettant en péril la vie du malade et qui ne commença à se cicatriser, en même temps que disparaissaient les symptômes d'infection, que le jour où l'on institua le traitement par l'air chaud.

Observation résumée. — M. P..., âgé de vingt et un ans entre à l'hôpital le 4 septembre 1912, pour phlébite de la jambe gauche survenue à la suite d'une broncho-pneumonie dont il conserve actuellement des foyers en évolution.

Le 8 *septembre* survient une phlébite de la jambe droite. Le malade présente alors un état général assez altéré avec hyperthermie à 39 degrés et 40 degrés, des frissons et des foyers de râles sous-crépitants dans les deux poumons. Un mois après, vers le 5 octobre, l'état général s'améliore, la fièvre diminue progressivement, les râles sont moins nombreux, mais ce n'est que plus tard, vers le 11 octobre, que l'état général est vraiment meilleur et la fièvre presque nulle.

A partir du 16 octobre, la température qui s'était maintenue à 37°5 environ remonte peu à peu, en même temps qu'apparaît une escarre sacrée ; on la panse d'abord avec de la poudre de Lucas-Championnière, mais ce traitement n'a pour effet que d'éviter la macération.

Le 23 octobre l'escarre s'agrandit rapidement ; elle a pris les dimensions d'une pièce de 5 francs, elle a une forme ovalaire dont le grand axe est vertical, la profondeur est de 1/2 centimètre environ, le fond présente des débris sphacélés ; on fait alors des attouchements au nitrate d'argent qui ne produisent aucune amélioration notable.

L'état général étant redevenu mauvais, c'est alors que nous nous décidons à faire faire des applications d'air chaud. La première douche d'air chaud est faite le 25 octobre par M. le Dr Vignat, l'appareil étant placé à 20 centimètres de la plaie, et rapproché de temps en temps autant que possible de façon à envoyer de l'air à la température maxima que le malade puisse supporter : la séance dure environ un quart d'heure et déjà l'on constate que le fond de l'escarre est devenu rouge ; on met alors un simple pansement sec dans l'intervalle des séances.

Le 29 octobre, nouvelle douche d'air chaud. L'ulcération est en voie de cicatrisation ; le fond, jadis atone et recouvert de débris sphacélés, est maintenant rouge et bourgeonnant. On continue les applications d'air chaud les 31 octobre, 2, 4, 8 et 14 novembre. A cette date, l'escarre est cicatrisée, et l'ulcération qui mesure à peu près 1 cent. 5 de largeur est recouverte d'une croûte ; pas la moindre suppuration. En même temps, les signes généraux sont notablement améliorés. Dès le 7 novembre, la fièvre avait complètement disparu. Les urines ont augmenté, elles sont très abondantes le 10 novembre. En même temps, l'aspect du malade change complètement ; on le voit renaître de jour en jour, il engraisse et son appétit réapparaît. Les phlébites ont complètement disparu ; au niveau des poumons, il ne reste que quelques râles abondants, seul, le pouls reste rapide.

Dans les jours qui suivent, on masse les membres inférieurs, et la guérison complète se fait très rapidement.

Dans cette observation, il suffit de suivre la courbe de la température pour être frappé du résultat obtenu par l'air chaud. Ce jeune malade, qui était arrivé infecté, dans un état général très grave avec thrombophlébite double et broncho-pneumonie, a dû garder le lit fort longtemps. Peu à peu, la fièvre tombe, bientôt même la température est normale ; survient alors une nouvelle complication, l'escarre sacrée qui, tous les jours, s'étend en étendue et en profondeur. Malgré tous les soins prodigués dans ces cas, la température monte toujours et la suppuration ne tarit pas ; il semble que le malade qui paraissait guéri, va être emporté par cette complication qui progresse et que rien n'arrête.

A notre instigation, M. le Dr Vignat commence alors des applications d'air chaud. Dès la première séance, on constate une amélioration locale très nette ; on voit les tissus, atones, reprendre leur couleur normale en certains points.

A partir de ce jour, la température qui, jusqu'alors montait progressivement, s'arrête quarante-huit heures, puis redescend lentement et régulièrement, à mesure que l'on renouvelle les séances d'aérothérapie. En même temps, on suit graduellement les progrès qui se font au niveau des tissus malades.

Le treizième jour, la température est tombée de 39 degrés à la normale. Le vingtième jour, l'escarre est guérie.

Il ne peut y avoir aucun doute sur l'efficacité des douches d'air chaud dans le cas que nous rapportons, puisque, localement le pansement consistait simplement en compresses sèches.

Nous avons jugé utile de rapporter cette observation afin de faire connaître les excellents résultats que l'on peut retirer du traitement par les douches d'air chaud. Nous ne prétendons pas que celles-ci puissent guérir les escarres consécutives à une lésion médullaire, les communications avec le centre trophique étant alors détruites ; mais lorsqu'il s'agit d'une escarre produite mécaniquement par les frottements répétés

chez les infectés et par la compression permanente de certaines régions, nous pensons qu'il y a grand intérêt à substituer un traitement rapidement efficace aux traitements d'une efficacité nulle ou douteuse communément employés, surtout en raison de la haute gravité pronostique de ces escarres. De cette intervention thérapeutique dépendra souvent la vie des malades, toujours la rapidité de leur guérison. (1)

REVUE DE PARASITOLOGIE

Fréquence des helminthes chez les mineurs de fer de la Lorraine

Par MM. les Docteurs PERRIN et G. THIRY

L'enquête sur l'ankylostomose, entreprise dans le Nord de la France par M. Calmette, sous l'inspiration de la Commission centrale de l'hygiène des mines, a montré que l'infection ankylostomosique, sans être aussi menaçante que dans les charbonnages de Liége ou de Westphalie, existe dans le Nord de la France et que certaines fosses particulièrement infectées peuvent constituer des centres dangereux d'irradiations épidémiques. M. Roussel a établi que dans le bassin de Saint-Etienne il existe des mines où le nombre des ankylostomés est considérable. Les recherches de MM. Weinberg et Léger ont montré que certaines mines du Gard sont infestées et M. Weinberg a constaté cinq foyers importants en Aveyron, Allier, Puy-de-Dôme, Saône-et-Loire. L'un de nous a montré que l'ankylostomose n'est pas rare en Lorraine, etc...

Ces enquêtes ont permis, d'autre part, d'affirmer la fréquence des vers intestinaux en général chez les mineurs. Par exemple, dans les mines du Gard, MM. Weinberg et Léger ont trouvé des individus porteurs de vers dans une proportion qui varie de 50 à 95 p. 100 du nombre des examinés et constaté que les associations de vers sont très fréquentes. Un même individu est souvent porteur de trois ou quatre helminthes différents (surtout tricocéphale, quelque fois ascaris, oxyure, ténia, fréqnemment anguillules). Des constatations analogues ont été faites dans les mines du Nord et du Centre.

Dans le bassin minier de Lorraine, l'enquête poursuivie de 1909 à 1912 a permis de constater le même fait (2).

Des examens répétés ont été pratiqués sur les matières fécales de 745 mineurs de fer, soit plus de 20 p. 100 des ouvriers des diverses mines désignées par la Commission.

570 des ouvriers examinés ont été reconnus porteurs d'helminthes, soit 76,51 p. 100.

Les parasites constatés ont été les suivants :

Tricocéphales, 538 fois, soit 72.21 p. 100.
Ascaris, 126 fois, soit 16.913 p. 100.
Ankylostomes, 9 fois, soit 1.209 p. 100.
Anguillules, 7 fois, soit 0.940 p. 100.
Oxyures, 5 fois, soit 0.672 p. 100.
Ténias, 4 fois, soit 0.537 p. 100.

On voit combien sont fréquents les divers helminthes chez les mineurs de fer de Lorraine et que beaucoup de ceux-ci sont porteurs simultanément de plusieurs espèces de vers intestinaux (3).

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

L'Intoxication oxycarbonée chronique

Par M. le Docteur J. ROQUES DE FURSAC

1° L'intoxication oxycarbonée chronique se traduit par un ensemble de troubles, dont certains, par leur fréquence, leur intensité, leurs caractères et leur association doivent être considérés comme les *stigmates* de cette intoxication. Ce sont :

La céphalée, les vertiges et les troubles sensoriels ;
L'anémie et l'amaigrissement ;
L'asthésie physique et psychique ;
L'insomnie nocturne et la somnolence diurne ;
Les troubles gastriques ;
Les névralgies.

D'autres troubles, sans être aussi fréquents que les précédents, ne sont cependant pas exceptionnels et leur relation avec l'intoxication oxycarbonée chronique est suffisamment établie pour qu'on puisse, lorsqu'ils se rencontrent associés aux stigmates ci-dessus énumérés, les rapporter à cette intoxication. Ce sont :

Les troubles trophiques ;
Les troubles de la sensibilité (hyperesthésies, anesthésies et paresthésies) ;
Les troubles moteurs localisés (relativement rares) ;
L'amnésie.

Par contre, l'existence de troubles délirants, aigus ou chroniques, simples vésanies ou syndromes rappelant plus ou moins la paralysie générale progressive, est possible, mais non démontrée.

C'est là une question dont l'étude doit être reprise.

L'intoxication oxycarbonée chronique est susceptible d'aggraver un état pathologique antérieur, de rappeler des troubles anciens disparus depuis un temps plus ou moins long ou de mettre en valeur une aptitude pathologique restée jusque-là latente (épilepsie, albuminurie, glycosurie)

L'intoxication oxycarbonée chronique est un facteur de tuberculose pulmonaire.

L'apparition des troubles, leur intensité, leur disparition et leur retour sont dans un rapport chronologique étroit avec le séjour du sujet dans l'atmosphère imprégnée d'oxyde de carbone.

Le diagnostic clinique de l'intoxication oxycarbonée chronique doit être corroboré par l'examen du sang du sujet, quand cet examen peut être pratiqué dans des conditions valables, et surtout par une étude attentive des commémoratifs (profession du sujet, interrogatoire des personnes vivant dans les mêmes locaux que lui, analyse de l'air des locaux, recherche de la source de l'oxyde decarbone).

La possibilité d'une intoxication oxycarbonée chronique place l'expert en face d'un double problème. Il doit se demander : *a*) si le sujet est réellement victime d'une intoxication oxycarbonée chronique, c'est-à-dire s'il existe, dans le cas soumis à son examen, des preuves suffisantes de cette intoxication ; *b*) quelles sont les conséquences pathologiques de cette intoxication, c'est-à-dire quels sont, parmi les troubles présentés par les sujet, ceux qui peuvent être attribués à l'oxycarbonisme chronique.

Les preuves de l'intoxication carbonée chronique sont tirées de trois ordres de faits : 1° examen clinique ; 2° examen streptroscopique et chimique du sang ; 3° étude des commémoratifs.

L'appréciation des conséquences pathologiques de l'intoxication oxycarbonée chronique est possible et relativement simple, quand elle existe seule, quand le sujet n'est soumis à aucune autre influence morbide. Mais peuvent s'associers divers états pathologiques — alcoolisme, syphilis, sénilité, etc. — dont les manifestations viennent compliquer le problème médico-légal. L'élément d'appréciation le plus sûr sera l'évaluation des troubles. Un rapport chronologique certain, établi entre leur apparition et leur intensité d'une part et le séjour du sujet dans une atmosphère viciée d'autre part, permet d'incriminer l'oxyde de carbone, même si, par exemple, le sujet est alcoolique. Quand l'intoxication oxycarbonée ne fait que développer une aptitude pathologique individuelle ou aggraver un état antérieur, c'est encore l'évolution des troubles qui fournira le meilleur élément d'appréciation.

Quoi qu'il en soit, l'expert devra souvent rester prudemment dans le doute.

(1) Soc. méd. des hôp.
(2) G. Thiry. — Rapport adressé à la Commission centrale d'hygiène dans les mines.
(3) Soc. de méd. de Nancy.

CARNET DU PRATICIEN

Traitement du lupus tuberculeux

1° De préférence, recourir aux procédés chirurgicaux rapides et radicaux.

Si le lupus est petit, bien limité, en pratiquer l'ablation large suivie ou non de suture ou d'autoplastie.

Si l'ablation n'est pas possible, faire le curetage comme pour la tuberculose verruqueuse. A cause de la cicatrice irrégulière, rétractée que donne le curettage, ne faire celui-ci que si le lupus siège aux membres, ou à la face, loin des orifices naturels.

2° Pour un lupus à nodules séparés cautérisation ignée et profonde au thermo ou galvanocautère. Répéter les cautérisations jusqu'à ce que la croûte laisse voir une cicatrice franche.

3° Les plaques de lupus peuvent être traitées: soit par la cautérisation ignée, en commençant le traitement par les bords, et répétant les séances tous les huit jours, soit par la cautérisation chimique, par exemple :

Phénol pur................. 5 grammes
Alcool absolu................ 1 —

Toucher les plaques tous les trois jours, laisser sécher et, dans l'intervalle, badigeonner avec :

Phénol pur.................. 30 grammes
Huile d'olive................ 100 —

Pour les lupus ulcérés, pansements avec des compresses imbibées de permanganate à 1 p. 1000 ou pour 2000 et, tous les huit jours, maintenir pendant 1/4 d'heure une compresse imbibée d'une solution forte : 1 pour 200, pour 100, et même pour 50.

5° Pour les lupus exubérants, végétants, du nez, des lèvres, des oreilles, scarifications profondes répétées tous les huit jours, après chaque séance, pulvérisations et pansements antiseptiques.

6° Les traitements par la radiothérapie et la photothérapie moins longs et moins douloureux ne peuvent être appliqués que par des spécialistes.

Contre la Constipation

La cure de la constipation a pour élément essentiel l'adoption d'un régime diététique convenable.

On pourra, avec avantage, recourir au suivant :

Le matin à jeun : Une grappe de raisin d'une livre, ou bien, hors saison, un ou deux verres de jus de raisin frais stérilisé.

Petit déjeuner : Café au lait. Miel et beurre frais. Pain bis.

Déjeuner : Olives, radis ou céleri et beurre frais. Omelette aux épinards ou côtelette, bifteck, etc. Pudding à l'avoine. Pommes ou poires cuites. Pain complet. Cidre doux.

Goûter : Pain d'épices. Infusion de camomille sucrée au lactose.

Diner : Potage aux légumes. Viande ou œufs. Légumes verts ou salade. Pain complet. Cidre doux.

Naturellement, on favorisera fortement les bons effets de ce régime diététique en le complétant par une cure de jubol (2 ou 3 comprimés chaque soir suivant les besoins) poursuivie régulièrement durant plusieurs mois, de façon à assurer la parfaite rééducation de l'intestin.

Traitement des tuberculoses verruqueuses

Au cas où elle est petite, bien limitée, superficielle, détruire la lésion au thermocautère.

Si elle est étendue, hérissée de saillies scléreuses, pratiquer un curettage profond jusqu'au tissu sain, après anesthésie locale ou générale suivant l'étendue ; faire l'hémostase au thermocautère et terminer par une cautérisation à l'acide lactique pur ou au chlorure de zinc à 1/10.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau
L'Administrateur-Gérant : G. Zanes.

CHEMINS DE FER D'ORLÉANS

VOYAGES DANS LES PYRENEES

Tarif G. V. n° 105 (Orléans)

La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des Billets d'excorsions comportant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter le Centre de la France et les Stations balnéaires des Pyrénées et du Golfe de Gascogne.

1er Itinéraire. — Prix des billets : 1re cl. 164 fr. 50, 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de-Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Puyôo-Bayonne Dax, ou Puyôo-Dax, Bordeaux, Paris.

2e Itinéraire. — Prix des billets : 1re cl. 163 fr. 50; 2e cl. 122 fr. 50. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).

3e Itinéraire. — Prix des billets : 1re cl. 164 fr. 50; 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne-Puyôo-Pau ou Puyôo-Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).

CHEMINS DE FER DU MIDI

BILLETS DE FAMILLE POUR LES STATIONS THERMALES et Balnéaires des Pyrénées

Billets délivrés toute l'année dans les gares des réseaux du Nord (Paris-Nord excepté), de l'Etat, d'Orléans, du Midi et de Paris-Lyon-Méditerranée suivant l'itinéraire choisi par le voyageur et avec les réductions suivantes sur les prix du tarif général pour un parcours (aller et retour compris) d'au moins 300 kilomètres: Pour une famille de deux personnes 20 0/0; de trois personnes, 25 0/0; de quatre personnes, 30 0/0; de cinq personnes, 35 0/0; de six personnes ou plus, 40 0/0.

Exceptionnellement pour les parcours empruntant le réseau de Paris-Lyon-Méditerranée, les billets ne sont délivrés qu'aux familles d'au moins quatre personnes et le prix s'obtient en ajoutant au prix de six billets simples ordinaires, le prix d'un de ces billets pour chaque membre de la famille en plus de trois.

Durée : 33 jours, non compris les jours de départ et de l'arrivée.

Faculté de prolongation moyennant supplément de 10 0/0.

Avis. — Un livret indiquant en détail les conditions dans lesquelles peuvent être effectués les divers voyages d'excursions de famille, etc., sera envoyé gratuitement à toute personne qui fera parvenir la demande au Service commercial de la Compagnie, 54, boulevard Haussmann, à Paris (9e arrondissement), le montant du livret, soit 0 fr. 25.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et l'Italie

PAR LE MONT-CENIS

Aller (départ de Paris) : 2 h. 30 soir, V.-L. ; L.-S. ; 1re et 2e classes jusqu'à Turin.

Aller : 10 h. 30 soir, V.-L.; 1re et 2e jusqu'à Rome. L.-S. jusqu'à Modane.

Retour (départ de Rome) : 9 h. 15 soir, V.-L. ; 1re et 2e classes depuis Turin ; L.-S. ; 1re classe, depuis Modane.

Retour : 8 heures matin, V.-L. ; L.-S. ; 1re et 2e classes depuis Turin ; V.-R. depuis Dijon.

Retour : 2 h. 40 soir, 1re et 2e classes depuis Rome.

De Paris à Guernesey et vice-versa : Billets valables par Granville et billets simples valables sept jours : 1re cl. 51,75, 2e cl. 34,90, 3e cl. 26,15 ; billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 70,40, 2e cl. 47,25, 3e cl. 36 ; Billets valables par Granville et Saint-Malo, permettant d'effectuer l'excursion du Mont Saint-Michel comprise dans le prix du billet (itinéraire : Paris-Granville, Jersey, Guernesey, Saint-Malo, Pontorson, Mont Saint-Michel, Paris ou inversement) : billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 84,35, 2e cl. 56,10, 3e cl. 43,70 ; billets valables par Cherbourg et Aurigny et billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 81,40, 2e cl. 57,40. 3e cl. 41,75.

Durée de validité : 30 jours (non compris le jour du départ) avec faculté de prolongation.

Les billets du parcours additionnel ci-dessus peuvent être demandés, soit au commencement du voyage, en même temps que le billet circulaire, soit à Toulouse-Matabiau, au moment du passage dans cette gare.

VARIÉTÉS

L'Assistance aux Familles nombreuses

La loi relative à l'assistance aux familles nombreuses vient d'être promulguée au *Journal Officiel*.

Aux termes de cette loi « l'assistance aux familles nombreuses constitue un service obligatoire pour les départements, avec la participation des communes et de l'Etat ». Ce service est organisé par le Conseil général. Il est administré par le préfet.

L'article essentiel de la loi (art. 2) est ainsi conçu :

Tout chef de famille, de nationalité française, ayant à sa charge plus de trois enfants légitimes ou reconnus, et dont les ressources sont insuffisantes pour les élever, reçoit une allocation annuelle par enfant de moins de 13 ans, au delà du troisième enfant de moins de 13 ans.

Si les enfants restent à la charge de la mère par suite de la mort du père, de sa disparition, d'abandon par lui de sa famille ou de toute autre cause, l'assistance est donnée pour chaque enfant de moins de 13 ans au delà du premier enfant de moins de 13 ans.

Si les enfants restent à la charge du père par suite de la mort de la mère, de sa disparition, de l'abandon par elle de sa famille ou de toute autre cause, l'assistance est donnée pour chaque enfant de moins de 13 ans au delà du deuxième enfant de moins de 13 ans.

Seront assimilés aux enfants de moins de 13 ans, pour l'application des dispositions de la présente loi, les enfants âgés de 13 à 16 ans pour lesquels le chef de famille ou la mère aura passé un contrat écrit d'apprentissage dans les conditions déterminées par le règlement d'administration publique prévu à l'article 15 de la présente loi.

Seront considérés comme chefs de famille les parents qui, en cas d'abandon des enfants ou de la disparition des père et mère, auront pris la charge des enfants.

Le taux de l'allocation est arrêté, pour chaque commune, par le Conseil municipal, sous réserve de l'approbation du Conseil général et du ministre de l'Intérieur.

Il ne peut être inférieur à 60 francs par an et par enfant, ni supérieur à 90 francs : si l'allocation est supérieure à 90 francs, l'excédent est à la charge exclusive de la commune.

La jouissance de l'allocation commence du jour fixé par la délibération prononçant l'admission à l'assistance. L'allocation est incessible et insaisissable. Elle est payée par mois et d'avance, sans déduction d'aucune sorte, et versée suivant décision du Conseil municipal, soit au chef de famille, soit à la mère, soit à un autre membre de la famille, soit à l'établissement public ou à l'établissement privé agréé par le ministre de l'Intérieur dans lequel l'enfant ou les enfants auront été placés. Le Conseil municipal peut également décider que tout ou partie de l'allocation sera donné soit en secours de loyer, soit en nature par le bureau de bienfaisance.

Des règlements d'administration publique détermineront les mesures nécessaires pour assurer l'exécution de la loi. Un règlement spécial d'administration publique déterminera les conditions de son application à la ville de Paris. La loi sera applicable dans les trois mois qui suivront l'insertion des règlements d'administration publique au *Journal Officiel*.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des eaux minérales de Vichy à l'usage des Praticiens, par le Docteur Charles Cotar (Roussat, éditeur).

L'Hydrologie est une science moderne. L'empirisme fait, petit à petit, place à l'observation médicale.

Mais les documents concernant l'étude générale des eaux minérales, et les stations thermales en particulier, sont éparpillés.

Le docteur Cotar, médecin consultant à Vichy, a fait un exposé complet de la question hydrologique dans son Traité des Eaux minérales de Vichy.

Apres avoir donné les théories concernant l'origine des eaux et leur composition chimique, physique et gazeuse, il a passé en revue l'action physiologique des eaux de Vichy, de laquelle il a facilement déduit les indications et contre-indications.

ÉCHOS

Les Etudiants en médecine et la Loi de 3 ans.

L'article 45 de la nouvelle loi militaire votée par la Chambre règle comme suit la situation des étudiants en médecine :

Art. 45. — L'article 25 de la loi du 21 mars 1905 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les docteurs ou les étudiants en médecine ou en pharmacie munis de douze inscriptions, qui ont subi avec succès, à la fin de leur première année de service, l'examen de médecin ou de pharmacien auxiliaire, peuvent être nommés à cet emploi et accomplissent leurs deuxième et troisième années de service comme médecins ou pharmaciens auxiliaires.

« Les jeunes gens pourvus du diplôme de vétérinaire civil ou admis en quatrième année, qui ont subi avec succès, à la fin de leur première année de service, l'examen de vétérinaire auxiliaire, sont nommés a cet emploi et accomplissent leurs deuxième et troisième années de service comme vétérinaires auxiliaires.

« Les étudiants en médecine, en pharmacie et les élèves vétérinaires pourront être autorisés, après une première année de service, à demander des sursis pour achever leurs études.

« Ils seront ensuite appelés pour terminer leurs deux années de service, qu'ils accompliront comme médecins, pharmaciens ou vétérinaires auxiliaires. S'ils ont leur diplôme de docteur en médecine, de pharmacien ou de vétérinaire, ils pourront accomplir le dernier semestre de leur troisième année de service comme médecin ou pharmacien aide-major de réserve ou aide-vétérinaire.

« Les sursis ne pourront être accordés à ces étudiants que jusqu'à l'âge de vingt-sept ans révolus. »

Le Centenaire de Claude Bernard.

La semaine dernière a vu le centième anniversaire de la naissance de Claude Bernard. Il naquit en effet an village de Saint-Julien, près de Villefranche-sur-Saône, dans le département du Rhône, le 12 juillet 1813.

D'abord, par une singularité de sa carrière, auteur dramatique, il vint à Paris où il s'inscrivit à la Faculté de médecine, et fut élève de Magendie à l'Hôtel-Dieu. On sait qu'il devait devenir le fondateur de la médecine expérimentale.

Claude Bernard est mort membre de l'Académie des sciences et de l'Académie française à l'âge de soixante-cinq ans.

Association française de chirurgie.

Le 26e Congrès de l'Association française de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 6 octobre 1913, sous la présidence de M. Kirmisson, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital des Enfants Malades.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Traitement curatif des ankyloses par la méthode sanglante.* Rapporteurs : MM. Baumgartner (de Paris) et Denucé (de Bordeaux).

2° *Chirurgie du côlon pelvien (cancer excepté).* Rapporteurs : MM. Pierre Duval (de Paris) et Patel (de Lyon).

3° *Traitement des plaies du crâne par petits projectiles.* Rapporteurs : MM. Billet (de l'armée) et Demoulin (de Paris).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 31 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications à M. le Dr Walther, secrétaire général, 68, rue de Bellechasse, à Paris (7e).

Des salles particulières seront mises à la disposition de MM. les membres de l'Association pour l'exposition des documents divers, pièces anatomiques, photographies, radiographies, dessins, etc., relatifs à leurs communications ou à la discussion des questions mises à l'ordre du jour.

Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'électricité médicale, d'objets de pansements, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de Médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

Le service militaire des étudiants.

Les élèves admis à l'école du service de santé militaire feront cette année leur service dans les corps de troupe suivants :

Cavalerie. — Tous les régiments autres que ceux désignés pour recevoir les élèves de l'école spéciale militaire et sous réserve de satisfaire aux conditions de poids maxima indiquées par l'instruction du 16 avril 1910 (cuirassiers, 75 kilos : dragons, 70 kilos : chasseurs et hussards, 65 kilos).

Artillerie de campagne. — Tous les régiments autres que ceux désignés pour recevoir les élèves de l'école polytechnique.

Les élèves de l'école du service de santé militaire seront affectés moitié à la cavalerie et moitié à l'artillerie de campagne et le nombre d'élèves à incorporer dans le même régiment sera au maximum de quatre pour l'artillerie et trois pour la cavalerie.

Les élèves en pharmacie du service de santé iront dans les régiments d'infanterie autres que ceux désignés pour recevoir les élèves de l'école spéciale militaire et les élèves du service de santé de la marine dans les régiments d'artillerie de campagne autres que ceux désignés pour recevoir les élèves de l'école polytechnique.

Par analogie avec les dispositions arrêtées en ce qui concerne les appelés, aucun des jeunes gens visés ci-dessus ne pourra être incorporé dans un régiment tenant garnison dans le lieu de résidence de sa famille, sauf ceux qui seraient mariés.

La prophylaxie de la fièvre typhoïde.

Le ministre de la Marine vient d'adresser à MM. les vice-amiraux commandant en chef, préfets maritimes, officiers généraux, supérieurs et autres commandants à la mer, commandants de la marine en Corse, Algérie, Tunisie, Indo-Chine, directeurs des établissements hors des ports, directeurs et administrateurs de l'inscription maritime, la circulaire suivante :

« L'expérience acquise à l'étranger et notamment aux Etats-Unis d'Amérique, en Angleterre et en Allemagne, montre l'innocuité et l'efficacité de la vaccination antityphoïdique. Les résultats obtenus en France soit dans l'armée, soit dans la population civile ne sont pas moins satisfaisants.

« Dans la marine, depuis le 5 avril 1912, date à laquelle la vaccination facultative a été autorisée, jusqu'au 5 avril 1913, 3.652 hommes ont été immunisés à l'aide du vaccin mis à titre gracieux à la disposition du département par le professeur Chantemesse.

« Sur ces 3.652 hommes aucun accident n'a été constaté : les réactions locales ou générales n'ont pas dépassé le degré normal : enfin, aucun d'entre eux n'a été atteint par la fièvre typhoïde.

« Il m'a paru nécessaire d'attirer l'attention du personnel de la marine sur ces résultats. Vous voudrez bien, en conséquence, inviter les médecins-majors des bâtiments et services sous vos ordres à exposer dans des conférences brèves et répétées la fréquence de la fièvre typhoïde, ses dangers et, en regard, l'efficacité et l'innocuité de sa prophylaxie vaccinale.

« La présente circulaire devra être portée, en outre, à la connaissance du personnel par voie d'affiches apposées dans les batteries, casernements et ateliers. « Pierre Baudin. »

Monument élevé à la mémoire du professeur Charpy.

Le Dr V.-A. Charpy, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Toulouse, chevalier de la Légion d'honneur, est mort le 22 juillet 1911, emporté presque soudainement et en plein travail par un mal implacable.

Ce maître regretté fut l'un des savants qui font honneur à la France. Son œuvre scientifique est considérable et de haute valeur.

A ce maître et à ce savant, dont la vie fut toute de sacrifice à l'enseignement et à la science, comme elle fut toute de désintéressement et d'honneur, un certain nombre de ses collègues, de ses disciples et de ses amis voudraient que l'on rendît l'hommage qui lui est bien dû. Ils ont pensé qu'en faisant appel à tous ceux qui l'ont connu, on pourrait lui élever un monument et perpétuer sa mémoire dans cette Faculté même qu'il a illustrée pendant vingt-quatre ans. Un Comité s'est constitué pour accomplir cette œuvre de reconnaissance et recueillir les adhésions. On est prié de faire parvenir, dès que possible, le montant des souscriptions.

Le Comité espère pouvoir adresser à tout souscripteur d'une somme de 20 francs et au-dessus une plaquette en bronze à l'effigie du Dr Charpy.

84e Année (Série XIIIe) — N° 209 | Le Numéro 25 Centimes | Mercredi 30 Juillet 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Bonle-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 30 Juillet 1913

ÉCHOS

Le testament de Mme Hervieux.

Mme Hervieux, veuve du regretté doyen de l'Académie de médecine, a laissé un testament aux termes duquel elle déclare léguer, en souvenir de son mari, à la Faculté de médecine de Paris, un capital de cent mille francs « dont le revenu annuel sera remis à deux étudiants pauvres, dans le but de les aider à faire leurs études de médecine. »

D'autre part, la testatrice dispose en faveur de l'Union française pour le sauvetage de l'enfance d'une somme de quatre-vingt mille francs.

M. Poincaré et les infirmières

Le Président de la République a prononcé les paroles suivantes au cours de sa visite à la Salpêtrière :

« Je suis heureux de me trouver au milieu de cette florissante école d'infirmières qui fait l'honneur de la Ville de Paris et de l'administration de l'Assistance publique, si bien dirigée par M. Gustave Mesnreur, auquel j'adresse mes plus vives félicitations.

« Les infirmières sont les principales auxiliaires des médecins et des chirurgiens. S'il ne fallait, pour être infirmière, que des qualités de bonté, de cœur, de patience, de tact et de dévouement, toutes les femmes de France pourraient aller dans les hôpitaux et y donner des soins, parce qu'elles ont toutes ces qualités, qui sont celles de la race française.

« Mais il faut qu'elles s'initient à l'art des soins et des pansements. Et ici elles reçoivent de la part de professeurs dévoués, un enseignement les préparant à l'accomplissement de la tâche humanitaire qu'elles ont choisie. »

Association française d'urologie.

La dix-septième session de l'*Association française d'Urologie* se tiendra à Paris, à la Faculté de Médecine, du 9 *au* 11 *Octobre* 1913, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : Des péricystites. Rapporteur : M. Averseng, de Toulouse.

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le Secrétaire général : M. E. Desnos, 59, rue La Boëtie, Paris (8e).

Un Apprenti-chirurgien au XVIe Siécle

An xvie siécle, les aspirants à la maîtrise de l'art chirurgical devaient avoir fait nn apprentissage chez un maître de chef-d'œuvre et avoir servi en qualité de compagnon au moins durant trois ans.

Cet engagement des aspirants à servir en qualité d'apprenti se passait devant notaire, à preuve le curieux document suivant récemment exhumé par M. le professeur Alezais (de Marseille) et qui n'est autre qu'un «contrat de lonage» personnel pour Guilhen Gardane, chirurgien à Marseille.

«L'an mil cinq cens septante cinq et le septiesme jour du moys de décembre, constitué en sa persönne par devant moy, notaire royal soubsigné et témoins sonbznommés Clande Charrault, fils de autre Claude Charrault du lieu de Tanssin en Delphiné, diocèse de Grenoble de son bon gré pour luyg et les siens a loué et loue par ces présentes les œuvres de son corps à Guilhen Gardane, maistre chirurgien de ceste ville de Marseille présent, stipulant pour luy et les siens pour et aveq luy demeurer et apprendre ledit art et mestier de chirurgien et aultres bonnes mœurs durant le temps et pour l'espace de troys ans completz et consécutifs commençant aujourd'hui et semblable jour finissant durant le quel temps sera tenu ledit Guilhen Gardane enseigner et apprendre audit Claude Charrault son apprenti ledit art et mestier de chirurgien et choses qui en dépendent bien et décibuement et néangtmoins icelluı nourrir et allimenter honnestement dans sa maison et à son ordinaire. Et au contraire sera tenu ledit Charrault demeurer avec le dit Gardane son maître icelluy servir bien et fidellement audit mestier, de chirurgien et à toutes autres choses licites et honnestes qu'il luy commandera sans le laisser durant le dit temps en aulcune manière sans son congé et licence et sont d'acord les parties que si le dit Charrault estoyt et tomboyt mallade durant le susdit apprentissage ledit Gardane sera tenu le nourrir et allimenter dans sa dite maison et à son ordinaire durant l'espace de quinze jours lesquels passés si la maladie luy possedoyt d'avantage, il se provoira et en cas de peste ou de guerre au dit Marseille, durant le dit temps que Dieu garde chacun des dits contractants seront en liberté en reffezant touteffoys par ledit Charrault à son dit maitre à la fin du snsdit apprentissage tous le temps perdu tant pour cause de peste, malladie que aultrement et pour la supportation de la vie et enseignement du dit Charrault apprenti, sera tenu le dit Charrault payer et délivrer audit Guilhen Gardane son maître tout présentement la somme de vingt escus de cinquante solz tournois piéce, lesquels vingt escus ledit Gardane a euz et recus en presence de moy notaire et tesmoins, en double solz parisis et solz tournois réalle numération précédentes, pris, detirés et emportés par le dit Gardane dont s'en est tenu pour bien content et payé et en a quitté et quitte le dit Charrault et les siens promettant ne luy en faire jamays demande. Ensemble promettent les susnommés contractants chacun en son androict comme leur sonche avoir et tenir à toujours ferme et agréable tout le contenu an présent acte et n'y contrevenir soulz restitution de tous despens, dommages et interetz que se feroy pour faulte de ne servir ce que dessus et soulz ippothèque et obligation de tous et chacun leur bien et droits menbles, immeubles, présents et advenir et de la personne dudit Charrauls apprentis que ledit contractant comme leur touche et chacun en son androit ont pour ce faire submis et obligé anx cours royaulx des submissions de Provence au siège dudit Marseille et antres qu'il appartiendra, renonciant les dits contractants à tous droits contraires à ce moy l'ont promis et juré anx saints évangiles. Faict et passé audit Marseille dans ma bothique en présence de sire Balthazar Emergier, marchand et Jacques Jean, cousturier de la dite ville, témoins à ce requis et signés avec lesdites parties à la notte briesve suyvant l'ordonnance. Et moy Antboine Paris notaire royal dudit Marseille soubzsigné. « Signé : Paris ».

Arch. des Bouches-du-Rhône, série E (notaires) étude Maria, registre de 1575, *f°* 1939.

Faire saigner le cœur de Grétry

D'où vient cette expression ? En volci l'explication. Le cœur de Grétry fut, comme on sait, remis à la ville de Liège, sa ville natale.

Or, cette urne était placée dans un meuble qui ornait la salle dn conseil communal.

L'urne ayant disparu, un bourgmestre se servit de ce meuble en guise de cave à liqueurs.

Après les séances du conseil les plus orageuses, il avait l'habitude de réunir les pires adversaires et leur offrait le verre de la réconciliation.

Il employait alors, faisant allusion à l'ancienne destination du meuble, cette expression : « Allons mes amis, réconcilions-nous, nous allons faire saigner le cœur de Grétry. »

Dr G. Wets (Namur).

A quoi peut servir un Fœtus

Une sage-femme du Si-Men, quartier français de Shang-Haï, ayant été appelée à donner des soins à une femme enceinte de 5 mois qui venait d'avorter, emporta le fœtus, et l'alla vendre 3 dollars 80, quelque chose comme 9 fr. 95 à une de ses amies dont le fils était tuberculeux. « Voilà le remède, lui dit-elle, que je vons ai promis pour votre fils. Faites bouillir ce fœtus dans l'huile et donnez-le lui à manger, cela le guérira ». Le conseil fut ponctuellement suivi, mais, au moment où on apportait le plat sur la table, vint à passer un agent de police qui, ayant jeté un coup d'œil par la porte entr'ouverte, fut fort intrigué par l'aspect de ce mets si particulier. Il entra, demanda des explications et emmena la mère, le fils.... et le fœtus au poste.

L'affaire fut portée devant la cour mixte française de Shang-Haï et les juges furent fort embarrassés, car le fœtus à l'huile est bel et bien dans la pharmacopée chinoise. On put cependant condamner les deux commères, car la sage-femme pratiquait l'avortement d'une façon courante et son amie était une de ses rabatteuses.

Longévité des Médecins célèbres

La statistique est consolante pour les médecins de renom.

Snr 1.732 médecins célèbres, de l'antiquité à nos jours, dont il a été possible de relever exactement les dates des naissances et de décès, il a en effet été tronvé :

Décès à l'âge de	25 à 35 ans	88	5	p. 100 environ
—	35 à 45 —	122	7	—
—	45 à 55 —	270	15,6	—
—	55 à 60 —	173	10	—
—	60 à 65 —	199	11,5	—
—	65 à 70 —	229	13,2	—
—	70 à 80 —	426	24,6	—
—	80 à 90 —	205	11,9	—
	au-dessus de 90 —	20	11,8	—

Ainsi, il y a environ 37 p. 100 (*plus du tiers* des médecins), morts après soixante-dix ans. On peut donc en conclure que l'activité cérébrale est en proportion de la vitalité physique du corps; qu'il y a rapport direct entre le physique et le moral. On ne peut admettre que c'est parce que ces hommes ont vécu longtemps, qu'ils ont produit et par suite ont eu plus de chances de passer à la postérité ; en effet, pour la grande majorité, la réputation était faite de 40 à 60 ans (un tiers mourut avant cette limite).

Le même recherche effectuée pour 472 médecins appartenant à la période s'étendant de 1820 à notre époque a donné des résultats analogues comme le montre le tableau suivant :

De 35 à 45 ans	15	soit environ	3,1	pour 100
45 à 55 —	62	—	13,1	—
55 à 60 —	50	—	10,6	—
60 à 65 —	65	—	13,7	—
65 à 70 —	75	—	15,8	—
70 à 80 —	133	—	28	—
80 à 90 —	67	—	13,8	—
au-dess. de 90 —	5	—	10,5	—

Donc, plus de 42 p. 100 au-dessus de 70 ans.

Il est à noter que les longévités sont à peu près les mêmes dans toutes les nations.

Croyances et Superstitions

On doit enterrer les cheveux coupés. S'ils restaient sur la terre et qu'un âne vienne à en manger, leur propriétaire deviendrait teigneux.

Il faut couper les ongles en dehors de la maison et les enterrer. Dieu demandera compte aux morts de leurs ongles, et il ne faut pas qu'ils aient été dispersés ou détruits.

Si on coupe les ongles à l'intérieur d'une maison et qu'il s'y trouve une vierge, elle ne trouvera pas à se marier.

On ne doit pas couper les ongles d'une vierge avec un instrument en fer, mais avec les dents.

Il est recommandé de déposer les excréments dans une excavation.

ÉTUDE GÉNÉRALE DE L'ÉPISTAXIS

Par M. NEMERY

Médecin de régiment de 2e classe de l'armée belge

De toutes les hémorragies spontanées, l'épistaxis est, de loin, la plus fréquente. Nous la voyons survenir au cours de lésions intranasales variées, ce qui s'explique par la structure même de la pituitaire, par la vulnérabilité et la friabilité que présente, en certains points de son trajet, cette membrane si richement vascularisée. Nous la retrouvons au début des grandes pyrexies, au cours de certaines affections chroniques, de certaines dyscrasies, d'altérations du sang et des vaisseaux ; elle est parfois le premier symptôme révélateur d'une affection latente des reins, du cœur ou du foie. Aussi intéresse-t-elle non seulement le spécialiste, mais aussi le médecin.

Mais, avant d'entrer dans l'étude de la question, il ne sera pas inutile de rappeler les particularités de la circulation intranasale, ce qui nous permettra de comprendre et d'expliquer la fréquence de ces hémorragies et d'instituer un traitement répondant à la cause productrice.

Le système circulatoire de la pituitaire comprend, comme en toutes régions, la circulation artérielle et la circulation veineuse. En outre, et ceci est particulier à la muqueuse nasale, entre les deux est interposé un dispositif spécial constitué par des cavités analogues à celles qui se trouvent dans le tissu érectile, formant une couche superficielle à mailles étroites et une couche profonde à vastes lacunes. Certains auteurs le considèrent comme tissu caverneux, d'autres ne veulent y voir que des plexus veineux, enfin pour quelques anatomistes, il s'agit de tissu érectile véritable. En faveur de cette dernière opinion plaident la constitution histologique de la muqueuse, une turgescence intermittente analogue à celle des corps caverneux de la verge avec lesquels il semble avoir, non seulement de l'analogie au point de vue constitutif, mais même une certaine concordance de fonctionnement. Les nombreuses recherches d'Arviset sont des plus probantes ; elles montrent qu'il existe un rapport inexpliqué mais manifeste entre la turgescence des fosses nasales et celle des corps caverneux des organes génitaux. Quoi qu'il en soit, cette disposition anatomique explique bien comment la muqueuse du nez est le siège d'hyperémies passives résultant d'obstacles au retour du sang veineux, qu'ils soient généraux, comme dans certaines affections cardiaques, ou locaux, polypes, végétations adénoïdes, etc. Aussi, chez un grand nombre d'enfants porteurs de végétations adénoïdes, constate-t-on des cornets volumineux à muqueuse boursoufflée et comme hypertrophiée qui reprend son aspect normal aussitôt après l'adénectomie. C'est cette même disposition anatomique qui nous explique les hypérémies actives si fréquentes et qui sont si souvent la cause des hémorragies.

La circulation artérielle de la membrane pituitaire est assurée, d'une part, par de petites branches émanées de l'artère ophtalmique, collatérale de la carotide interne, et, d'autre part, par des artérioles fournies par la maxillaire interne et la faciale, branches de la carotide externe. En dedans du nerf optique, au niveau de la face interne de la cavité orbitaire, l'ophtalmique émet les deux branches qui vont irriguer une partie des fosses nasales. Ce sont : l'ethmoïdale antérieure et l'ethmoïdale postérieure.

La première se dirige, dès son origine, vers le trou orbitaire interne antérieur. Arrivée sur la dure-mère elle fournit : 1° une branche méningée ; 2° une branche nasale qui est l'artère nasale antérieure et qui pénètre dans les fosses nasales où elle se divise en rameau interne et rameau externe, destinés l'un et l'autre à la pituitaire. Le rameau externe se répand dans la muqueuse des méats et des cornets ; le rameau interne dans la muqueuse de la cloison jusqu'au niveau du cartilage quadrangulaire où elle contribue à former la tache vasculaire en s'anastomosant avec les rameaux de la sphéno-palatine.

L'ethmoïdale postérieure pénètre dans le trou orbitaire interne postérieur, le traverse et arrive sur la dure-mère où elle se divise en branches ascendantes ou méningées et artères nasales postérieures qui se rendent dans l'étage supérieur des fosses nasales à travers les pertuis de la lame criblée de l'ethmoïde.

Le maxillaire interne intervient dans la circulation artérielle nasale par la palatine supérieure et par son rameau terminal la sphéno-palatine. Cette dernière ou artère nasale postérieure est de toutes les artères qui irriguent les membres de Schneider la plus importante par la dimension de ses branches et par la constitution histologique de ses parois ; elle est très fréquemment l'origine des épistaxis. Elle pénètre dans la fosse nasale correspondante après avoir traversé le trou sphéno-palatin. Au niveau de l'extrémité postérieure du méat supérieur, elle se divise en deux branches, externe et interne. La branche externe se partage en trois rameaux qui se portent en avant et qui s'épuisent dans la muqueuse des méats et des cornets. La branche interne ou artère de la cloison se dirige d'abord transversalement en dedans pour atteindre la cloison à environ un centimètre du bord choanal du vomer. De là elle se porte en bas et en avant, en donnant un grand nombre de rameaux qui s'anastomosent entre eux et avec la palatine supérieure. Par la fréquence des épistaxis dont elle est la cause, cette artère mérite bien le nom « d'artère de l'épistaxis » que Lermoyez lui a donné par analogie au nom d'artère de l'hémorragie cérébrale donné par Charcot à l'artère lenticulo-striée.

Enfin, le système artériel du nez se complète de minimes artérioles provenant de la faciale. Celle-ci émet, au niveau de chaque commissure labiale, la coronaire supérieure qui s'anastomose sur la ligne médiane avec la coronaire du côté opposé. De l'arcade résultant de cette anastomose, partent de petits rameaux qui se réunissent pour former de chaque côté l'artère de la sous-cloison. Arrivée sur la cloison cartilagineuse, cette artériole se réfléchit, se porte en arrière et va, par ses terminaisons, s'anastomoser avec la sphéno-palatine au niveau de la tache vasculaire. Cette tache vasculaire mérite de retenir l'attention : elle est le point d'élection des hémorragies nasales et résulte des anastomoses que forment la terminaison de la sphéno-palatine avec les rameaux venus de l'ethmoïdale antérieure et de l'artère de la sous-cloison. Sa position varie quelque peu suivant les individus : elle siège généralement à deux centimètres et demi en arrière de l'orifice nasal sur une ligne partant de l'angle interne de la narine et oblique en haut et en arrière. La fragilité extrême et la minceur de la muqueuse à ce niveau, la richesse vasculaire sont la cause des ruptures fréquentes qui s'y observent et qui avaient déjà été signalées par Valsalva et Lefferts. D'après les statistiques assez récentes de Kiesselbach et de Baumgarten elle serait, dans 95 0/0 des cas, le siège des épistaxis.

Le système veineux de la muqueuse nasale est à peu près superposable au système artériel et comprend trois groupes de veines efférentes : les antérieures qui se jettent dans la veine faciale, les supérieures qui traversent le trou borgne du frontal et forment l'origine du sinus longitudinal supérieur, les postérieures, qui sont les plus nombreuses et les plus considérables, se dirigent en arrière, vers le trou sphéno-palatin et se jettent dans le plexus veineux de la fosse zygomatique.

Si nous jetons un regard d'ensemble sur la muqueuse nasale, nous en remarquons la minceur, sa fragilité résultant de son application directe sur des surfaces osseuses sans interposition de tissu élastique, sa vascularisation considérable, sa tendance aux congestions actives et passives ; partant de là, on se rend aisément compte de la fréquence, de l'abondance et des récidives fréquentes des hémorragies qui s'y manifestent.

Au point de vue étiologique et pathogénique, on peut diviser les hémorragies nasales en deux grandes classes : les épistaxis provoquées (traumatiques ou opératoires) et les épistaxis spontanées ou symptomatiques.

Les premières sont excessivement variables et par leur abondance et par leur durée ; mais cette abondance et cette durée dépendent bien plus de la tension du sang dans les vaisseaux que de l'étendue de la lésion traumatique occasionnelle. La pratique journalière nous montre, en effet, que, chez des sujets exempts également de toute tare organique, on peut voir, chez l'un le même traumatisme intranasal ne donner lieu qu'à un écoulement sanguin de peu d'importance et chez un autre occasionner une épistaxis profuse, parfois incoercible. Cette notion n'est pas seulement applicable aux hémorragies traumatiques, elle l'est aussi aux épistaxis de causes locales, organiques ou ulcéreuses ; nous voyons, en effet, qu'elles sont sujettes à de nombreuses variations en fréquence, abondance et durée suivant les individus et qu'en somme elles sont loin d'être en rapport constant avec le nombre et l'importance des lésions vasculaires. Comme le dit Renault, nous devons bien nous pénétrer de cette idée que dans l'épistaxis, au point de vue pathogénique, les lésions locales, quels que soient leur nature, leur degré et leur étendue, ne jouent, dans la majorité des cas, qu'un rôle secondaire et ne doivent jamais être considérées que comme des causes adjuvantes et occasionnelles. Nous devons savoir qu'en dehors des altérations qualitatives de la masse sanguine, c'est l'exagération de la tension dans les vaisseaux qui commande l'abondance et la durée de l'hémorragie. Il ressort de cette explication que la thérapeutique, pour être réellement efficace, présente une indication spéciale à remplir. Nous en reparlerons plus loin.

Les épistaxis spontanées doivent être réparties en deux catégories suivant qu'elles sont de cause locale ou de cause générale.

Epistaxis de cause locale. — Elle peut se montrer à titre de symptôme banal au cours de toutes les inflammations, ulcéreuses ou non, de la pituitaire. Rare dans le coryza aigu, elle est fréquente au cours des rhinites infectieuse, grippale, diphtéritique, etc. Elle se montre souvent au cours de l'ozène. Chez les sujets atteints de cette affection, on remarque, au niveau de la cloison, des arborisations vasculaires bleuâtres, constituées par de petites veinules faisant relief sur une muqueuse amincie et atrophiée. Du fait de cette saillie, ces vaisseaux se rompent avec la plus grande facilité et donnent lieu à des hémorragies souvent profuses, à récidives

rendues fréquentes par les altérations de la muqueuse et des parois vasculaires.

Les varices nasales donnent lieu aussi à des rhinorragies ; elles siègent le plus souvent à la partie antérieure du cornet inférieur et sur la cloison. Elles ont un aspect bien caractéristique, se présentant sous forme de petits grains ou de petites sinuosités d'une couleur bleu foncé tranchant sur le fond rose de la muqueuse. Toutes les congestions soit actives, soit passives facilitent chez ces variqueux la production de saignements de nez et d'autant plus facilement qu'il y a toujours chez eux une altération concomitante des parois veineuses.

Les altérations tuberculeuses et syphilitiques provoquent assez rarement l'épistaxis : ces lésions étant plutôt sclérosantes saignent assez peu. Il n'en est pas de même d'une affection ulcéreuse spéciale dénommée par Hajek « ulcère perforant de la cloison », surtout dans la période avancée de son évolution. On sait qu'elle débute par une petite ulcération siégeant en un point fixe, toujours le même, vers le centre de la cloison cartilagineuse. Cette ulcération gagne lentement mais progressivement en étendue et en profondeur jusqu'à la perforation complète du cartilage et finit par atteindre les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Les bords saignent facilement mais en général peu abondamment.

La rhinorragie est un symptôme constant dans l'évolution des tumeurs nasales : épithéliomas, sarcomes, rhinoscléromes et surtout dans les fibromes nasopharyngiens où par leurs répétitions elles amènent rapidement un état d'anémie extrême. Leur abondance peut quelquefois même mettre rapidement en danger la vie du malade, et Duménil cite un cas où il dut, d'urgence, pratiquer la ligature de la carotide interne pour se rendre maître d'une hémorragie profuse.

Epistaxis spontanées de causes générales. Elles comprennent :

a) Les épistaxis symptomatiques de maladies générales ou viscérales ;

b) Les épistaxis supplémentaires ;

c) Les épistaxis idiopathiques ;

d) Les épistaxis par troubles vaso-moteurs.

Les épistaxis symptomatiques sont très fréquentes au cours des *affections du foie.* Cyr, sur un relevé de 205 observations de cirrhose note 88 cas d'hémorragies, dont 46 fois l'épistaxis. Cette fréquence n'avait pas échappé aux médecins de l'antiquité : Hippocrate et Galien attiraient déjà l'attention sur ce fait que les malades atteints d'affections du foie saignaient souvent et presque toujours de la narine droite. Assez récemment Cozzolino a confirmé cette particularité, qu'il rapproche de la coloration des pommettes dans la pneumonie, signalée par Gubler, et se manifestant généralement du même côté que le poumon atteint.

Quelle est la pathogénie de ces épistaxis ? Jadis on les attribuait à l'obstruction vasculaire, à l'hypertension ou à des vaso-dilatations réflexes : c'était une erreur. Depuis que l'on connaît exactement les fonctions physiologiques de la cellule hépatique, l'orientation de cette pathogénie s'est déplacée. On sait, en effet, qu'à l'état normal elle remplit un rôle antitoxique très marqué, non seulement à l'égard des poisons exogènes, substances minérales toxiques, alcaloïdes, etc., mais aussi à l'égard des poisons endogènes, fabriqués dans l'intestin comme conséquence d'un métabolisme anormal. Toutes ces toxines, qui ne sont plus détruites, quand il y a insuffisance fonctionnelle du foie, passent dans la circulation, produisent peu à peu des lésions des capillaires qui deviennent fragiles et friables, et modifient la crase sanguine. Le sang des hépatiques est, en effet, difficilement coagulable, ressemblant en cela, suivant Hayem, à celui des infectés et des intoxiqués. Or, tous les hépatiques sont des infectés ou des intoxiqués. Qu'on prenne un ictère grave ou une cirrhose on retrouve toujours dans leur étiologie ces deux causes séparées ou réunies. On comprend dès lors chez ces malades la fréquence des hémorragies de la muqueuse nasale si richement vascularisée.

Les affections rénales comptent aussi l'épistaxis parmi leurs symptômes, et tout particulièrement le mal de Bright. Tantôt elle apparaît dans le cours de la maladie, tantôt elle en constitue un des symptômes les plus précoces ; elle est rangée par Dieulafoy parmi les petits signes du brightisme ; c'est même parfois le premier signe révélateur d'une néphrite latente, comme nous avons eu l'occasion de l'observer à plusieurs reprises. Aussi doit-on toujours examiner minutieusement les urines et la fonction rénale de toute personne en âge de faire de l'albuminurie et chez laquelle surviennent, le matin, des épistaxis abondantes et répétées. A la fin de l'évolution des néphrites chroniques, les hémorragies nasales sont souvent l'indice de la période préurémique.

Les épistaxis des néphrites ont pour cause la rétention dans le sang de produits toxiques, les auto-intoxications déterminant des altérations vasculaires auxquelles vient se joindre l'hypertension concomittante. Leur pathogénie est donc très complexe.

On retrouve aussi l'*épistaxis dans le diabète,* même latent. De l'ensemble de l'étude faite à ce sujet par le Dr Armand, on peut conclure qu'elle peut apparaître à des dates très variables de l'évolution d'un diabète et que son abondance n'a aucun rapport avec l'intensité de la glycosurie. Aucune allure sémiologique spéciale ne distingue les épistaxis diabétiques, sinon leur répétition comparable à celle des brightiques. D'après le même auteur, ces malades saignent du nez moins à cause de leur glycémie que parce qu'ils sont arthritiques et hypertendus.

Dans les affections du cœur, l'épistaxis peut se montrer à toutes les périodes de la lésion. Elle peut être, ainsi que l'a montré Durosier, un symptôme prémonitoire des affections valvulaires, longtemps avant toute autre manifestation morbide et tout particulièrement dans le rétrécissement mitral pur. Elle peut survenir à une période avancée des affections mitrales ; l'hypertension veineuse, manifestée par le pouls veineux, par la congestion des organes viscéraux, par l'engorgement et la cirrhose du foie, amène de la stase et de la dilatation des capillaires de la muqueuse du nez qui cèdent avec la plus grande facilité. Au cours des cardiopathies aortiques, leur apparition est d'un fâcheux augure.

Au cours *des maladies de l'appareil respiratoire* l'épistaxis se montre parfois : elle peut résulter d'une cause toute mécanique comme dans la coqueluche ou l'hémorragie se produit par l'augmentation de la tension sanguine résultant de l'effort au même titre que l'épanchement sanguin sous-conjonctival. On la voit aussi fréquemment pendant l'évolution de la tuberculose pulmonaire (d'après Bouffé, les trois quarts des tuberculeux en présenteraient) soit au début de la maladie, soit pendant son cours où elle apparaîtrait avec les hémoptysies, soit à la période terminale. Elle serait due, d'après Armand, à l'action hémorragipare des toxines tuberculeuses.

Dans les infections aiguës, l'épistaxis est un symptôme presque constant. Dans la rougeole, on la rencontre fréquemment au début de la maladie, elle apparaît avec l'enanthème, coïncidant avec le catarrhe des muqueuses : elle est alors sans importance. Mais lorsqu'elle survient à une période plus avancée de la maladie et qu'elle coïncide avec de l'adynamie, des suffusions sanguines cutanées, elle assombrit singulièrement le pronostic.

Il en est de même dans la scarlatine et la variole où l'épistaxis ne devient un symptôme grave que dans les formes hémorragiques.

On observe aussi les saignements de nez au cours de la diphtérie. Ils peuvent résulter d'une lésion congestive purement locale, de la chute d'une fausse membrane dans la diphtérie nasale. Mais, quand ils apparaissent en même temps que des hématémèses, des épanchements sanguins cutanés, un état général grave, des urines rares et fortement albumineuses, ils révèlent l'existence d'une infection générale profonde. Ces hémorragies résultent dans ce cas de l'action de la toxine diphtéritique qui agit d'abord par son action vaso-dilatatrice ainsi que l'a montré Courmont, et ensuite par son rôle hémolytique qui expliquerait la diminution de la coagulabilité du sang indiqué par Roux et Yersin.

Les épistaxis de la fièvre typhoïde méritent une mention spéciale. Rares au début de la maladie chez l'enfant, elles sont d'une fréquence extrême chez l'adulte et, quand elles surviennent chez un malade en même temps que de l'anorexie, de la céphalalgie, de l'affaissement avec ascension thermique, elles présentent une valeur diagnostique importante. Vers la fin de la maladie, on peut voir se produire une hémorragie nasale abondante suivie d'une défervescence fébrile rapide et d'une amélioration progressive de tous les symptômes. Elle paraît alors, comme dans certains cas d'érysipèle de la face, jouer le rôle d'un phénomène critique et son apparition est de bon augure. Mais il n'en est plus de même quand les épistaxis surviennent chez des typhisés en état d'adynamie très marquée, coïncidant avec d'autres hémorragies. Elles sont alors d'un mauvais pronostic, elles indiquent la faillite de l'organisme dans sa lutte contre l'infection. Elles se produisent, dans ces circonstances, par suite de vaso-dilatations, d'altérations du sang et par embolies.

Toutes les maladies infectieuses en général peuvent présenter l'épistaxis dans leur symptomatologie : on peut la voir dans la grippe, le rhumatisme articulaire aigu, le choléra, les diverses septicémies, mais sans caractères spéciaux.

Nous devons aussi mentionner les épistaxis survenant au cours des *maladies hémorragiques*, comme le purpura simple, le purpura rhumatismal ou péliose rhumatismale, la maladie de Werlhof. Nous avons eu, l'année dernière, l'occasion de traiter un cas de l'espèce qui eut une durée totale de quatre mois au cours de laquelle nous pûmes observer cinq poussées successives qui furent caractérisées par les symptômes suivants : élévation thermique modérée (la température n'a jamais dépassé 38°5), douleurs et gonflements articulaires des coudes, des genoux, du coup-de-pied droit, gonflement et sensibilité du lobe droit de la glande thyroïde, hémorragies rénales, intestinales et nasales et suffusions sanguines de la peau. Chaque poussée évolua en deux à trois semaines, quelques jours de guérison apparente la séparant de la suivante avec, comme début, les manifestations morbides du côté de la glande thyroïde. La cinquième crise fut la dernière, mais il persista pendant plusieurs mois de l'albumine dans les urines.

La pathogénie de ces épistaxis relève, comme d'ailleurs, l'affection au cours de laquelle elles se manifestent, de causes complexes : altérations du liquide sanguin, lésions des parois vasculaires, troubles du système nerveux. Les modifications du sang ont été bien fixées par Lenoble, qui les résume dans la

formule hématologique suivante : 1° caillot non rétractile ; 2° hématoblastes diminués de nombre et augmentés de volume ; 3° réaction myéloïde constante.

Parmi les maladies qui peuvent être causes d'épistaxis, citons encore toutes les cachexies, l'anémie, la leucocythémie et surtout *l'hémophilie* qui tient une place importante dans l'étude qui nous occupe. Car parmi les hémorragies qu'on voit apparaître chez les hémophiliques spontanément ou à l'occasion d'un trauma léger, 84 0/0, d'après Daumartin, sont des épistaxis. D'autre part, elles sont chez ces sujets d'une gravité extrême, car le tiers des malades, qui succombent à l'hémophilie, sont emportés par des hémorragies nasales. Leur pathogénie est loin d'être élucidée à l'heure actuelle. Leurs causes, superposables à celles de l'hémophilie, seraient dues à une prédisposition héréditaire et familiale et consisteraient en troubles nerveux, en lésions des parois des capillaires, en altérations du sang résultant de toxémies par autointoxications ou par intoxications exogènes. Au cours des nombreuses recherches faites dans cet ordre d'idées, quelques faits se sont montrés constants : la friabilité des parois vasculaires, le manque de rétraction de la tunique interne des artères, la coagulabilité insuffisante du sang. L'hypofonctionnement des glandes à sécrétions internes devrait aussi être incriminé.

Les troubles de fonctionnement de l'appareil génital de la femme entraînent parfois des épistaxis qui sont dites vicariantes, supplémentaires ou complémentaires suivant qu'elles précèdent, accompagnent ou remplacent les règles. Susani a, il y a longtemps déjà, attiré l'attention sur la concommitance de la congestion de la muqueuse utérine au cour de la dysménorrhée et de la turgescence de la pituitaire.

S'appuyant sur l'observation de ce fait, certains auteurs ont employé, dans le traitement des crises douloureuses dysménorrhéiques, la cocaïnisation des cornets qui amène parfois une sédation immédiate.

Ces épistaxis s'observent parfois dans la grossesse aux époques correspondant aux périodes menstruelles supprimées. Elles peuvent survenir à titre de déviation de la fonction cataméniale, soit au moment de la puberté, soit à la ménopause. D'après Mackensie, l'hémorragie se produirait par suite d'une friabilité spéciale de la muqueuse nasale succédant et accompagnant sa turgescence.

Il faut rapprocher de ces épistaxis celles qui surviennent à titre de dérivation au cours d'un flux hémorroïdaire supprimé.

Il est enfin une classe d'hémorragies nasales qui peuvent survenir sans lésions de la muqueuse, sans manifestations morbides de l'état général et qui sont dues à *des troubles vaso-moteurs*.

Ces troubles vaso-moteurs peuvent être produits par excitation du trijumeau : les épistaxis survenant par action des odeurs et sur lesquelles Joal a attiré l'attention n'ont pas d'autre origine.

Les modifications de la tension vasculaire peuvent amener des rhinorragies. La congestion de la pituitaire par le froid a été indiquée par Larrey et Desgenettes comme étant la cause des épistaxis fréquentes observées pendant la retraite de Russie. Tous les médecins militaires ont eu l'occasion de voir au cours des marches pendant des journées très chaudes de l'été, sous un soleil ardent, des saignements de nez, relevant de la même cause.

La diminution de la pression atmosphérique, survenant brusquement, peut produire les mêmes résultats, comme cela se remarque chez les ascensionnistes, les aéronautes.

LES « COMMANDEMENTS » OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES

Par M. le Docteur MAURICE

1° Examiner le tympan de tout enfant présentant des symptômes de méningite.

2° Savoir que l'oreille est voisine des méninges.

3° Paracentéser toute otite moyenne non ouverte ou mal drainée.

4° Toujours faire des paracentèses larges.

5° Ne jamais ordonner de lavages de l'oreille.

6° Savoir que la macération des tissus favorise la suppuration, d'où la nécessité de pansements secs.

7° Toujours examiner le nez dans une affection d'oreilles et le désinfecter dans toute inflammation de la caisse.

8° Considérer comme grave toute suppuration de l'oreille.

9° Savoir qu'une surdité subite est rarement grave, presque toujours due à un bouchon de cérumen.

10° Savoir que le nez est la porte d'entrée de presque tous les germes.

11° Savoir que la respiration buccale ne peut pas remplacer la respiration nasale.

12° Mettre tout en œuvre pour rétablir la perméabilité nasale.

13° Apprendre au malade à se moucher « à la paysanne ».

14° Ne jamais faire d'opération endonasale en période aiguë.

15° Ne jamais ordonner de lavages du nez, sauf pour l'ozène et encore sous très faible pression.

16° Ne pas attendre l'âge de 7 ans pour enlever les adénoïdes d'un enfant qui en a besoin.

17° Regarder et désinfecter les amygdales dans toute affection fébrile.

18° Mettre au repos vocal absolu tout artiste atteint de laryngite.

19° Ne jamais faire de traitement oto-rhinologique sans avoir regardé.

Sur l'Ostéo-synthèse

Par M. le Dr M. A. LAMBOTTE (d'Anvers)

Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse sur les indications de l'intervention sanglante dans les fractures, que l'on soit interventionniste convaincu ou conservateur à outrance, il n'en est pas moins vrai que le traitement opératoire se présente dans certains cas comme une absolue nécessité. Il ne peut y avoir de désaccord sur ce point. Aussi la question de l'ostéo-synthèse présente-t-elle une importance considérable pour tous ceux qui font de la chirurgie générale.

Jusque dans ces dernières années, les techniques applicables à cette chirurgie spéciale étaient vraiment rudimentaires, et encore actuellement, de nombreuses lacunes restent à combler. Aussi, je crois vous intéresser en vous exposant mes idées sur les procédés de fixation osseuse et en vous communiquant quelques nouveautés instrumentales.

La *fixation des fragments* est le complément logique et nécessaire de la réduction sanglante. Il est bien rare, en effet, que les fragments une fois réduits tiennent suffisamment en place pour qu'un nouveau déplacement ne soit pas à craindre.

Il faut avoir ouvert peu de foyers de fracture pour affirmer, comme certains chirurgiens le font, que la réduction une fois obtenue, les fragments peuvent rester coaptés sans moyens de fixation directe. Le fait est cependant exact pour quelques fractures transversales, simples, dentelées ou à encoche, encore que, dans ces circonstances favorables, un bandage plâtré soit de rigueur. Mais, par contre, dans les fractures obliques, dans les fractures esquilleuses, dans les fractures par contraction musculaire, c'est-à-dire dans presque tous les cas où une intervention est nécessaire, la fixation des bouts osseux est *indispensable* pour maintenir la réduction.

De nombreux griefs ont été reprochés à la fixation directe des fragments. On l'accuse de retarder la consolidation, d'amener de la raréfaction osseuse, des ostéites hypertrophiques ou fistuleuses, etc.

Tous ces accidents sont, j'en suis convaincu, des manifestations plus ou moins prononcées d'infection. Le tissu osseux n'a pas de vertus spéciales à ce point de vue, et il tolère parfaitement, comme les autres tissus, les corps étrangers aseptiques.

Ce qui influe le plus sur la tolérance, c'est le volume du corps étranger, ce qui est facile à comprendre, puisque les chances d'infection croissent avec les surfaces. Les chiffres suivants, que j'ai relevés il y a deux ans dans une statistique générale, sont édifiants à ce point de vue :

Sur 52 prothèses perdues, la plaque fut retirée 24 fois, soit dans 46 p. 100 des cas. Sur 153 vissages perdus, il y eut intolérance 58 fois (37 p. 100) ; enfin, sur 81 cas de cerclages et sutures métalliques, les fils furent extraits 19 fois seulement (23 p. 100). J'ajouterai que les cas d'intolérance que j'observe vont en diminuant de fréquence, à mesure que ma technique s'améliore ; actuellement, la nécessité de l'ablation des matériaux perdus ne se présente plus qu'exceptionnellement. Les inconvénients d'une infection légère sont d'ailleurs minimes, en comparaison des avantages d'une solide fixation. Dans aucun cas, je n'ai dû faire l'extraction prématurément, avant la consolidation. L'extraction elle-même comporte peu d'inconvénients et est en général fort simple.

Après avoir expérimenté un grand nombre de procédés de fixation, j'en suis arrivé à ne plus en admettre que deux pour la généralité des cas : le *vissage* et le *cerclage*. Exceptionnellement et seulement pour les fractures des os spongieux (épiphyses et os courts), l'agrafage, le clouage, le boulonnage ou la suture classique peuvent présenter des avantages. Je ne m'étendrai pas ici sur les détails de ces différents modes de fixation ; je dirai seulement que je considère comme procédés de choix : le *cerclage* dans les fractures diaphysaires en biseau ; le *vissage direct* dans les fractures des épiphyses et des os courts ; le *vissage sur tuteur externe ou sur plaque* dans les fractures diaphysaires transversales.

La prothèse perdue, dont je veux vous parler plus particulièrement, prend, dans ma pratique au moins, une importance de plus en plus grande. Je considère le fixateur comme l'appareil idéal pour les fractures transversales de la jambe, mais par contre, pour les fractures transversales du fémur, de l'humérus et de l'avant-bras, je crois la prothèse perdue préférable. Le fixateur reste aussi le meilleur mode de fixation dans les fractures infectées, à cause du drainage facile de la plaie.

Le grand aléa de la prothèse perdue réside dans la difficulté de l'intervention. Cette difficulté est certainement pour beaucoup dans l'intolérance fréquente que l'on observe pour les plaques de prothèse, car l'asepsie est toujours compromise dans les opérations longues et laborieuses.

J'ai tâché de rendre la technique de la pro-

thèse interne plus facile et plus sûre en combinant un instrument permettant de faire la fixation temporaire des fragments avant la pose de la plaque.

L'instrument en question est un davier droit à trois branches; les deux branches principales sont destinées à faire la fixation temporaire des fragments osseux; la troisième permet de fixer temporairement la plaque pendant le vissage. Les mors, dont l'un est articulé doublement pour s'adapter aux inégalités de l'os, ont la forme de deux gouttières allongées et étroites, de façon à embrasser seulement une partie de la circonférence de la diaphyse; ils laissent ainsi, entre eux, un espace suffisant pour placer la prothèse.

Voici le mode d'emploi de ce nouvel instrument.

Soit une fracture transversale du fémur. Le foyer est ouvert, les bouts dépériostés sur une petite étendue. On saisit les deux fragments au moyen de deux daviers à tractions placés à trois centimètres des extrémités; on fait la réduction par mise en angle, arc-boutement et redressement; on confie les daviers droits à l'assistant, qui maintient ainsi la fracture bien réduite. On place alors le nouveau davier sur la fracture, en ayant soin que les mors portent également de part et d'autre du trait de fracture. Le davier étant fortement serré, est fixé par la crémaillère; on enlève les daviers droits et on procède à la pose de la plaque. Pour cela, on prend la plaque par une extrémité au moyen d'une pince hémostatique coudée sur le plat. On la présente à l'os en la glissant entre les mors du davier; on libère la troisième branche de celui-ci, en desserrant l'écrou qui la fixe, et on la pousse vers l'os; la pièce articulée qui termine cette branche vient buter contre la prothèse et l'applique ainsi fortement sur l'os. On cale la branche mobile en serrant sur l'écrou et on enlève la pince porte-plaque. A ce moment, on a la fracture réduite et fixée par les mors principaux du davier, en même temps que la plaque de prothèse est maintenue en place par la branche moyenne; on peut ainsi, en toute sécurité et les deux mains libres, faire le placement des vis.

Cette pince permet de pratiquer la prothèse perdue aussi bien dans les fractures des os longs que dans les fractures juxta-épiphysaires. Je l'ai construite en trois grandeurs pour pouvoir l'employer pour les différents os du squelette.

La réduction première, avec fixation temporaire de la plaque, me paraît constituer un réel progrès; elle simplifie beaucoup l'opération et lui donne une précision et une sécurité fort grandes.

J'ai également, dans ces derniers temps, modifié mes daviers à tractions. J'ai changé la forme des mors afin d'améliorer la préhension des os; l'un des mors est articulé doublement pour compenser les inégalités des surfaces. J'ai augmenté le degré d'ouverture maxima, qui était parfois insuffisant dans mes anciens modèles, par exemple pour affronter les fractures condyliennes du fémur. L'instrument porte cinq articulations permettant un écartement progressif des mors; je l'ai construit en trois grandeurs, ayant respectivement 32, 26 et 20 centimètres. Dans le grand modèle, l'écartement des mors peut être porté jusqu'à 12 centimètres. Ces daviers peuvent être employés comme daviers à tractions pour réduire les fractures diaphysaires transversales; comme daviers réducteurs et fixateurs dans les fractures en biseau des diaphyses; comme daviers à griffes pour affronter et fixer les fractures des épiphyses (1).

(1) Soc. de chir. de Lyon.

REVUE CLINIQUE

Le liquide céphalo-rachidien au cours de la migraine simple et de la migraine ophtalmique

Par M. le Dr J.-A. SICARD
Professeur agrégé à la Faculté et médecin des hôpitaux de Paris.

On sait qu'au point de vue nosologique, on distingue trois variétés de migraines : 1° la migraine *simple*, 2° la migraine *ophtalmique*, et 3° la migraine *dite accompagnée*, avec signes plus ou moins transitoires et plus ou moins associés entre eux d'ophtalmoplégie, d'aphasie, de mono ou d'hémiparésie.

1° La *migraine simple* se présente sous forme hémicranienne, avec douleurs sus-orbitaires, le plus souvent unilatérales, sensations vertigineuses et nausées, allant souvent jusqu'aux vomissements. Cette migraine simple est essentiellement sujette à récidives, frappant plus la femme que l'homme, coïncidant ou s'exacerbant avec les périodes menstruelles. Son intensité est quelquefois si grande qu'elle nécessite le repos horizontal dans une pièce obscure, loin de tout bruit. Alors, peu à peu, l'accès se calme, et le migraineux, le lendemain ou le surlendemain de sa crise, *ne conserve* plus qu'un état local d'endolorissement. Parfois même il est rapidement et entièrement libéré.

2° Dans la seconde variété, *migraine ophtalmique*, à l'accès de migraine se joint un syndrome sensoriel visuel un peu spécial, qui peut, dans certains cas, constituer d'une façon prémonitoire l'unique signe du « mal de tête » futur. Ces symptômes oculaires sont essentiellement caractérisés par l'apparition, soit d'une hémianopsie transitoire, soit d'une amblyopie brusque, également passagère, soit surtout d'un scotome central. Hémianopsie, scotome central, amblyopie sont des phénomènes qui peuvent se succéder les uns aux autres, tantôt dans une chronologie invariablement fixe pour le même sujet, tantôt, au contraire, exister à titre isolé et pour ainsi dire autonome, au cours d'une même crise. De tels accès de migraine ophtalmique sont sujets également à répétition, comme les accès de migraine simple.

Quelques malades voient alterner entre eux les accès de migraine simple avec ceux de migraine ophtalmique, mais cette alternance est rare.

3° La troisième variété est constituée par la *migraine dite accompagnée*, avec ophtalmoplégie, aphasie, etc. Ce ne sont plus alors les seuls symptômes visuels subjectifs qui sont en jeu. A côté du trouble de la fonction, il existe des symptômes objectifs intéressant les réflexes pupillaires et la motilité des paupières et du globe. C'est ainsi qu'on a noté du ptosis, de la diplopie, du myosis, de la dilatation pupillaire et même d'autres phénomènes associés, tels que aphasie transitoire, paresthésies diverses sous forme segmentaire ou dimidiée.

Je n'ai pas eu l'occasion d'observer des cas de migraine ophtalmoplégique. Par contre, j'ai pu suivre et étudier sept migraineux ophtalmiques et un certain nombre de migraineux ordinaires simples. J'ai soumis ces cas à un examen rigoureux du système nerveux en général et du système oculaire en particulier. J'ai fait également l'examen du liquide céphalo-rachidien de ces malades. Or voici, à ce point de vue particulier du liquide céphalo-rachidien, ce qu'il m'a été donné de constater.

* * *

Au cours de l'accès de migraine simple, le liquide céphalo-rachidien ne présente ni hyperleucocytose, ni hyperalbuminose et garde sa teneur ordinaire en urée et en glycose. Seule sa pression se montre parfois exagérée, mais non toujours. J'ai pu faire cette constatation dans cinq cas de migraine simple récidivante d'une intensité inaccoutumée, avec nausées, vomissements, obligeant le sujet à rester strictement au lit, durant deux à trois jours entiers. La ponction lombaire avait été pratiquée au cours même de la crise migraineuse.

Dans quelques cas, cette ponction lombaire a soulagé nos malades. L'un deux la réclame périodiquement tous les deux mois environ. Sous l'influence exclusive de la rachicentèse, les accès migraineux ont certainement diminué d'intensité. Dans deux autres cas, l'influence de la ponction s'est montrée tout à fait nulle sur l'évolution ultérieure des crises migraineuses.

Le liquide céphalo-rachidien au cours des crises de migraine simple conserve donc toujours sa composition normale. Cette constatation témoigne ainsi de ce fait, depuis longtemps affirmé par la clinique, que la migraine simple comporte un pronostic tout à fait bénin et peut être envisagée comme un épisode de la série morbide du neuro-arthritisme (angio-spasme de Hirtz).

Par contre, l'examen du liquide céphalo-rachidien des migraineux ophtalmiques permet de classer ces sujets en deux catégories bien distinctes :

1° Les migraineux ophtalmiques *chez lesquels le liquide céphalo-rachidien ne s'accompagne d'aucune réaction anormale*. La crise de migraine ophtalmique peut, dans ces cas, être considérée, à l'égale de la crise de migraine simple, comme un incident bénin d'ordre neuro-arthritique;

2° Les migraineux ophtalmiques *avec modifications du liquide céphalo-rachidien*. Celles-ci s'affirment par de l'hyperalbuminose et de la lymphocytose. De telles réactions rachidiennes ont ici une très grande importance. Elles témoignent d'une irritation organique méningo-corticale et permettent d'affirmer le plus souvent un processus de méningo-corticalite syphilitique ou tuberculeuse.

Mais ce qui fait surtout l'intérêt de ces recherches, c'est que la migraine ophtalmique avec réaction du liquide céphalo-rachidien peut se montrer *comme unique signe précurseur de la lésion méningée, plusieurs semaines ou plusieurs mois avant l'éclosion des symptômes classiques de syphilis méningée, de tuberculose méningée, ou même d'hémorragie méningée ou de tumeur cérébrale*. Et cette migraine ophtalmique du type organique se présente avec les mêmes symptômes cliniques que l'accès de migraine ophtalmique banal du type neuro-arthritique. Seul l'examen du liquide céphalo-rachidien permet d'affirmer la scission diagnostique et pronostique.

I. — *Migraine ophtalmique sans réaction du liquide rachidien.*

Obs. I. — Homme de trente-cinq ans, ayant été sujet à la migrane ophtalmique depuis l'âge de vingt-cinq ans, sans accès de migraine simple antérieure. Depuis lors, à l'occasion de concours à préparer, de surmenage, de veillées prolongées, de travail à la chaleur de la lampe, de lectures de livres à petits caractères, il est pris de crises de migraine ophtalmique typique avec hémianopsie progressive, puis scotome et zigzag de feu en crénelure. La crise de migraine dure en tout une demi-heure à une heure. Le malade est obligé de s'asseoir dans un fauteuil ou de s'étendre sur une chaise longue. Il garde à la suite de ces accès de migraine ophtalmique, une sensation de pesanteur et d'endolorissement du côté opposé à l'œil intéressé pendant vingt-quatre heures environ.

La ponction lombaire, faite pour la première fois en 1910, est renouvelée en 1912 et en avril 1913. Aucune réaction anormale de ce liquide. L'état de santé générale continue à être parfait.

Obs. II. — Femme de trente-quatre ans, ayant eu dans son enfance, de l'âge de la formation à la vingtième année, quelques accès de migraine simple. Mariée à vingt et un ans, elle a deux enfants bien portants pendant les quatre années qui ont suivi le mariage, puis une troisième grossesse avec fausse couche à l'âge de vingt-huit ans. Les migraines simples qu'elle avait eues très rarement dans l'intervalle de ses grossesses se transforment subitement en migraines ophtalmiques. Depuis cinq ans environ elle a eu quatre à cinq crises de migraine ophtalmique survenant après des soirées de théâtre ou des veillées au bal, migraines ophtalmiques qui s'accompagnent de vomissements. En 1911 et 1912, deux ponctions lombaires ont été faites. Le liquide céphalo-rachidien s'est montré tout à fait normal. Etat général de santé continuant à être parfait.

II. — *Migraine ophtalmique avec réaction du liquide rachidien.*

Obs. I. — Homme de trente-huit ans. Vers l'âge de trente-six ans, a eu sa première crise de migraine ophtalmique qui s'est renouvelée, en l'espace de cinq mois, à trois ou quatre reprises différentes. Il va alors consulter le Dr Kalt, qui affirme qu'il n'a aucune lésion extrinsèque ou intrinsèque de l'œil. Peu après, nous sommes appelé à le voir. en décembre 1911. Nous constatons une faiblesse de la réaction pupillaire à la lumière du côté gauche, une ébauche de signe d'Argyll. Mais, à part ce seul symptôme organique, nous ne décelons aucune modification du système nerveux central ou périphérique.

Un examen fait par le Dr Galezowski ne montre aucune lésion de l'œil et confirme le diagnostic d'ébauche d'Argyll. Or, la ponction lombaire a montré une lymphocytose énorme du liquide céphalo-rachidien avec hyperalbuminose (1 gr. 25 par litre). La réaction de Wassermann était positive dans le liquide céphalorachidien et dans le sang. Ce malade a été traité énergiquement par les injections répétées de salvarsan, par des injections intraveineuses de cyanure de mercure. Les crises de migraine ophtalmique n'ont cédé qu'après six mois de traitement. Aujourd'hui encore (mai 1913), la réaction de Wassermann a disparu du sang, mais elle persiste encore dans le liquide céphalorachiden et la lymphocytose est toujours marquée.

Cependant, depuis six mois, toute crise de migraine ophtalmique a disparu.

Obs. II. — Femme de quarante-deux ans, qui nous fut adressée par le Dr Galezowski avec le diagnostic de migraine ophtalmique et Argyll uni-latéral, la migraine ophtalmique siégeant du côté opposé à l'Argyll. Aucune lésion de l'œil ni de la musculature, pas de diplopie. Crise typique de migraine ophtalmique avec scotome scintillant se reproduisant depuis deux ans, deux à trois fois par mois environ et nécessitant repos et interruption absolue de tout travail. La ponction lombaire révèle une grosse lymphocytose rachidienne et hyperalbuminose. Le Wassermann est toujours positif dans le liquide céphalo-rachidien. La malade, depuis dix-huit mois, est soignée régulièrement à notre consultation d'hôpital; son Wassermann est toujours positif dans le liquide céphalo-rachidien, mais a disparu du sang. Le traitement institué a été des injections intraveineuses répétées de néo-salvarsan et des frictions mercurielles. Toute crise de migraine ophtalmique a disparu depuis trois mois.

Obs. III. — Homme de quarante-deux ans. La migraine ophtalmique a fait son apparition il y deux années. *Aucun symptôme pupillaire ; aucun symptôme anormal du système nerveux central* ou *périphérique*. Il nie toute syphilis. Les crises de migraine ophtalmique, primitivement espacées de deux mois en deux mois environ, semblent se rapprocher et être d'une intensité plus grande. On fait examiner le sang du malade. Réaction de Wassermann négative. Cependant, la ponction lombaire (septembre 1912) amène un liquide très riche en lymphocytose, avec albumine marquée et, fait intéressant, avec Wassermann moyennement positif. Le malade est soumis à un traitement intensif mercuriel et, là encore, les résultats sont favorables. Les crises de migraine ophtalmique se sont très notablement espacées, mais n'ont pas disparu complètement.

Obs. IV. — Femme de vingt-neuf ans. Pas de migraines antérieures. Bon état de santé générale. Pas d'antécédents tuberculeux héréditaires ou personnels. Présente une première crise un mois après. Elle va consulter le Dr Terson. Aucune lésion du fond de l'œil; aucun trouble de la musculature ou de la pupille. Les maux de tête persistent environ deux jours après la crise de migraine ophtalmique, ils restent localisés toujours au même endroit. *Dans l'intervalle, aucun trouble du système nerveux ou de la santé générale.* Trois mois après le début de cette migraine ophtalmique (avril 1913), nous faisons une ponction lombaire : lymphocytose nette et hyperalbumine. Nous portons un pronostic réservé, quoique nous n'ayons noté, cliniquement, nous le répétons, *aucun trouble* anormal du système nerveux central ou périphérique. Comme il était à peu près impossible de soupçonner la syphilis et que, d'autre part, le Wassermann était négatif dans le sang et dans le liquide, nous conseillons à la malade d'aller à la campagne. Nous inoculons des cobayes avec le liquide rachidien.

10 mai 1913, retour de la malade à Paris, en bon état de santé générale ; les crises de migraine ophtalmique semblent avoir considérablement diminué d'intensité sous l'influence du repos et du grand air. Aucun mal de tête intercalaire.

Dix jours après, le 20 mai, à la suite d'une grippe, on observe de la fièvre continue. Puis les maux de tête s'installent permanents avec vomissements. Une ponction lombaire est faite. Grosse albumine. Le liquide a tuberculisé les cobayes. Mort de la malade le 3 juin.

Obs. V. — Femme d'un de nos confrères, soignée par notre collègue M. Barié. Elle est âgée de trente-quatre ans. Il y a deux ans, petits incidents pulmonaires tout à fait passagers mais qui étaient restés un peu suspects pour M. Barié. Cependant, très bon état de santé générale. Il y a quatre mois environ, sans cause appréciable, accès de migraine ophtalmique localisé à l'œil gauche. Hémianopsie et scotome. Cette première crise de migraine ophtalmique n'a duré au total que quelques heures, le scotome scintillant n'ayant persisté que trois quarts d'heure environ. Quinze jours après, nouvelle crise, va consulter le Dr Dupuy-Dutemps, qui ne constate aucun phénomène oculaire anormal intrinsèque ou extrinsèque. L'état général semble bon et il ne paraît y avoir aucune modification du caractère.

La troisième crise de migraine ophtalmique, moins intense que les deux premières, a eu lieu il y a environ un mois et demi. Enfin, il y a dix jours, survinrent des maux de tête, des nausées, un peu de fièvre, un état de raideur de la nuque et une légère contracture de la colonne vertébrale. Une ponction lombaire faite le 7 mai 1913 a montré la présence d'une lymphocytose très abondante et d'une hyperalbuminose très marquée (1 gr. 3 d'albumine par litre). Malheureusement, il s'agit pour nous très probablement d'une méningite tuberculeuse en évolution.

* * *

Ces quelques exemples nous font voir tout l'intérêt diagnostic et pronostique de l'examen du liquide céphalo-rachidien au cours de l'état migraineux ophtalmique. La constatation de telles réactions du liquide céphalo-rachidien confirme, au moins en ce qui concerne la syphilis, les rapports si nettement pressentis par Charcot entre certaines migraines ophtalmiques et l'évolution ultérieure d'une syphilis cérébroméningée. Mais la paralysie générale n'est pas toujours en cause, comme le voulait Charcot. Nos observations démontrent, en effet, que la migraine ophtalmique de nature syphilitique peut guérir sous l'influence d'un traitement spécifique énergique, sans présenter de lendemain redontable.

Elles mettent nettement également en lumière les liens qui rattachent la migraine ophtalmique à la tuberculose méningée. (1)

REVUE DE PATHOLOGIE

Le diagnostic des dyspepsies intestinales

D'après M. le Dr Chabanon, il est en général aisé de reconnaître l'existence de la dyspepsie intestinale. En certains cas, cependant, les symptômes qui la caractérisent (douleur, abondance exagérée des gaz intestinaux, atonie intestinale, troubles des évacuations fécales) peuvent être marqués, soit par ses réactions mêmes sur les autres organes et appareils, soit par les symptômes de l'affection causale. On recherchera donc avec soin l'état des fonctions intestinales, on examinera attentivement l'abdomen et surtout on aura recours aux divers modes d'examen des matières fécales qui pourront donner de très utiles renseignements, soit pour le diagnostic de la dyspepsie, soit pour celui de sa cause.

La difficulté du problème diagnostique consistera surtout à différencier la dyspepsie, simple trouble fonctionnel, des diverses *lésions organiques* de l'intestin : on se fondera pour cela sur l'examen complet du malade, sur l'évolution de l'affection, sur l'analyse des fèces.

Reste enfin un dernier problème qui va nous arrêter plus longtemps, celui du *diagnostic étiologique*, qu'il nous a semblé bon, pour plus de concision, de ne pas séparer de l'étude des causes des entéro-dyspepsies. Celles-ci peuvent, à ce point de vue, se ranger en deux grandes catégories : dyspepsies symptomatiques et dyspepsies idiopathiques.

A. *Dyspepsies symptomatiques.* — De même que le trouble des fonctions de l'intestin peut se faire sentir au loin sur les autres organes ou fonctions, il n'est bien souvent lui-même que la conséquence d'un état morbide antérieur dont il résulte par un mécanisme qui, là non plus, n'est pas toujours le même : tantôt il s'agira d'une modification ou d'une suppression des sécrétions (bile, suc pancréatique), tantôt d'une altération du chyme, ou encore de troubles circulatoires dans le système porte, de troubles d'origine statique, ou enfin d'actions réflexes.

a) Dyspepsies d'origine gastrique. — Les troubles intestinaux sont communs au cours des gastropathies : constipation, diarrhée, ou alternatives de l'une et de l'autre ; la première appartient dans la règle de préférence aux hyperchlorhydriques, aux sténosés du pylore, aux cancéreux ; la seconde, aux hypochlorhydriques et aux malades présentant de l'insuffisance du pylore. Le diagnostic de cette variété d'entérodyspepsie se fondera sur les signes antérieurs ou actuels d'une affection de l'estomac, sur les effets heureux d'une thérapeutique gastrique, enfin, sur la présence de tissu conjonctif dans les fèces.

b) Dyspepsie d'origine hépatique. — On connaît les petits signes intestinaux du début des cirrhoses : constipation ou diarrhée, météorisme.

(1) Soc. méd. des hôp.

On sait également que la suppression ou la diminution de l'écoulement de la bile amène la constipation et que le flux biliaire au contraire s'accompagne de diarrhée. Le diagnostic, en pareil cas, s'inspirera du résultat de l'examen des selles : absence ou excès de bile, abondance exagérée de graisse ; cette variété étiologique sera d'ailleurs souvent combinée à la suivante.

c) Dyspepsie d'origine pancréatique. — Elle est consécutive au cancer, aux pancréatiques. Le syndrome coprologique prend ici une importance de premier ordre et il se caractérise par deux éléments : d'une part la stéarrhée, indiquant l'insuffisance de digestion des graisses, d'autre part la présence de fibres musculaires en quantité anormale, peu altérées, parfois même de débris macroscopiques de viande, traduisant le défaut de digestion des matières albuminoïdes.

d) Dyspepsies d'origines diverses. — Nous citerons comme causes possibles de dyspepsies intestinales : les maladies du système nerveux, en particulier la neurasthénie ; — les affections bucco-naso-pharyngées : septicité buccale, rhinopharyngites chroniques, végétations adénoïdes, sinusites ; — les affections du rein : rentrent dans ce cadre la diarrhée des urémiques quand elle n'est pas fonction d'entérite ; — les affections du cœur au stade asystolique ; — les maladies des organes génitaux chez la femme, qui peuvent avoir une triple action : réflexe, infectieuse, mécanique (compression, adhérences) ; — les infections chroniques, comme la tuberculose qui n'est pas seulement un facteur d'entérite ; — enfin les parasites intestinaux.

B. Quand on ne trouve aucune des causes que nous venons d'énumérer, on est amené à parler de *dyspepsie idiopathique*. Celle-ci est le plus souvent provoquée par une mauvaise hygiène alimentaire : repas trop fréquents, trop copieux, mets indigestes, habitude de manger vite et de mastiquer insuffisamment, abus du régime carné. Ces causes agissent surtout efficacement si elles rencontrent un terrain préparé : tempérament névropathique ou neuro-arthritique, système nerveux surmené par les fatigues, les chagrins, les émotions, les soucis, les excès de toute nature.

Pour terminer cette rapide revue diagnostique, il nous reste à dire quelques mots d'une forme particulière de dyspepsies intestinales que Schmidt a appelée *dyspepsie de fermentation*. Nous avons vu plus haut à quels signes coprologiques se reconnaît l'insuffisance de digestion soit des albuminoïdes, soit des graisses. On a cherché de même à individualiser et à reconnaître les cas où le trouble digestif porte sur les hydrates de carbone. Ce sont eux qui précisément constituent la dyspepsie de fermentation de Schmidt ; cliniquement, celle-ci ne donne guère que des symptômes banals (douleurs, diarrhée, ballonnement) ; mais on peut la reconnaître par l'examen des selles qui sont pâteuses, d'odeur butyrique, et où la présence des hydrocarbonés mal digérés donne lieu à *l'épreuve de fermentation* : les fèces sont mises à l'étuve à 37° pendant vingt-quatre heures ; au bout de ce temps, elles ont subi l'acidification et donné lieu à un abondant dégagement de gaz.

REVUE DE CHIRURGIE

Technique de la laryngectomie

Par M. le Docteur DURAND

La plus agréable à faire, la plus brillante des laryngectomies, c'est évidemment celle en un temps par le procédé Périer : couper en bas la trachée au-dessous du néoplasme, séparer du pharynx la face postérieure du larynx, ouvrir le pharynx au niveau de l'orifice laryngien c'est l'opération la plus courte, la plus brillante et qui apparaît comme tout à fait satisfaisante. Ceci fait, le larynx enlevé, vous savez qu'on fixe à la partie inférieure de l'incision la tranche transversale de la trachée, puis on ferme plus ou moins complètement, suivant l'étendue de la lésion et la vitalité des tissus, l'orifice pharyngien, on rabat, puis on suture la peau : ceci est tout à fait bien.

Malheureusement les résultats ne sont pas toujours aussi favorables qu'il semble et si ce procédé paraît le plus brillant, le plus satisfaisant immédiatement, on a trop fréquemment des accidents ; ce sont d'abord les incidents communs à toute intervention sur la région laryngo-pharyngienne, par exemple une désunion de l'orifice pharyngo-laryngien, et plus malheureusement encore la broncho-pneumonie primitive qui guette le malade comme tous ceux chez lesquels on fait communiquer avec l'air extérieur l'appareil trachéal. Mais le grand inconvénient, au moins en ce qui nous intéresse aujourd'hui, c'est que le moignon trachéal fixé à la partie inférieure de l'incision ne contracte pas toujours des adhérences suffisantes, il tient mal au niveau de la peau, les points de suture lâchent, quand on les enlève même tardivement vers le dix ou douzième jour, la trachée tombe plus ou moins, les sécrétions de la plaie désunie se déversent dans la trachée, dans les poumons et c'est la broncho-pneumonie secondaire, celle qui ne résulte pas du traumatisme opératoire lui-même, mais de l'infection des bords de la plaie, de la chute de la trachée. Voilà, je crois, le gros inconvénient de l'opération de Périer.

Après l'avoir tentée autrefois, je l'ai complètement abandonnée.

La plupart des chirurgiens ont eu les mêmes déboires et c'est pour cela que dans ces derniers temps la laryngectomie si brillante de Périer, en un seul temps, a fait place à la laryngectomie en deux temps. Evidemment, dans l'état actuel, nous n'aimons guère les opérations en deux temps, et toutes celles qui peuvent se faire en une seule séance ont nos préférences ; mais ici nos préférences doivent céder la place aux nécessités et, pour éviter un grand nombre d'ennuis, la laryngectomie en deux temps a pris la place de la laryngectomie en un temps entre les mains de la plupart des chirurgiens qui s'occupent de cette question.

Or, pour réaliser la laryngectomie en deux temps, c'est-à-dire premier temps : ouverture de la trachée, deuxième temps : ablation du larynx, la plupart, je crois, soit en Allemagne, soit en France avec Le Bec, soit même parmi nous, car plusieurs de nos collègues ont présenté des cas de ce genre, réalisent ce que Glück a fait le premier sous le nom de trachéostomie transversale complète, c'est-à-dire : dans une première séance on sectionne transversalement la trachée au-dessous du néoplasme, on la décolle légèrement de l'œsophage, on l'amène en avant de façon à ce que son orifice puisse être suturé à la peau au niveau d'une incision de dimensions appropriées, faite transversalement un peu au-dessous de l'incision qui a permis de réaliser cette section trachéale et ce décollement. On a ainsi une trachéostomie transversale complète par section entière de la trachée, fixée à la peau plus bas que l'incision opératoire. Quand le malade est habitué à respirer de cette façon, quand on a évité les dangers de l'intervention première, quand sa trachéotomie est devenue définitive, que la trachée s'est bien consolidée avec la peau, on intervient alors pour enlever le larynx. La laryngectomie se fait alors non de bas en haut comme dans le Périer, mais de haut en bas : on ouvre le pharynx par en haut, on décolle le larynx du pharynx et de l'œsophage. Cette opération est moins facile, moins brillante que celle de Périer, car il est plus difficile de commencer la libération du larynx au niveau des aryténoïdes qu'à son pôle inférieur au niveau de la région cricoïdienne. Cette technique donne-t-elle toujours les résultats qu'elle promet? La trachéostomie à la Glück évite-t-elle sûrement cette chute désastreuse de la trachée et la broncho-pneumonie tardive que nous nous proposons d'éviter dans cette technique? Je ne le crois pas et à la suite de deux échecs, je suis obligé de dire qu'elle ne m'a pas donné toute la satisfaction que j'en espérais d'après les données que je possédais, de sorte que j'ai aussi renoncé à ce procédé et que j'ai employé une technique un peu différente de celle-ci. J'ai eu ainsi deux succès opératoires intéressants.

Voici sur quoi elle est basée. Je dis que les échecs que j'ai observés sont dus à ce que le moignon trachéal de la trachéostomie par section transversale totale ne se fixe pas assez solidement à la peau, qu'il a des tendances à tomber dans le médiastin et à donner lieu à une infection de la plaie opératoire capable de donner une broncho-pneumonie secondaire comme dans le Périer. Je me suis donc proposé de rechercher les moyens d'éviter cette désunion des lèvres de la plaie cutanée d'avec la plaie trachéale et d'empêcher la chute de la trachée. Immédiatement, l'idée m'était venue d'éviter la section totale de la trachée, de maintenir en place cet organe en ne sectionnant pas sa partie postérieure et en maintenant ces adhérences avec l'œsophage, de faire en somme une trachéotomie transversale incomplète au lieu de faire une trachéostomie transversale totale à la Glück.

Au lieu de faire une section totale, j'ai fait une intervention sans détacher la trachée en arrière. Dans le premier temps, pour lequel on se trouve très bien d'utiliser l'anesthésie locale souvent si favorable pour ces malades, je fais une incision transversale un peu bas, qui me conduit sur la trachée ; il est bon de tracer, par l'incision, un petit lambeau inférieur. On arrive sur la trachée que l'on incise transversalement entre deux anneaux, résection d'une portion de l'anneau au-dessus, puis suture de la peau aux lèvres de la plaie trachéale, on a donc une trachéostomie transversale large, mais qui n'a pas sectionné complètement la trachée. Cet organe par conséquent a conservé sa statique et ne peut glisser dans le médiastin.

Ceci fait, le malade présente pendant quelques jours la légère ascension thermique due à la petite infection bronchique qui suit presque toujours la trachéotomie. Quant tout est bien calmé, quelque temps après, on fait la laryngectomie.

Dans ce second temps, il n'y a nul inconvénient à employer l'anesthésie générale et je la préfère à l'anesthésie locale, car cette intervention, bien qu'elle ne soit pas très longue, est douloureuse, il me semble, et l'anesthésie locale ne donne pas toute satisfaction ; pour mon compte je me suis bien trouvé de l'anesthésie générale et les malades semblent s'en être bien trouvés aussi.

Le malade endormi, par son orifice de trachéotomie, au moyen de l'appareil de Trendelenburg, je fais une incision en H couché ; incision horizontale au bord inférieur de l'hyoïde, deuxième incision horizontale à 1 centimètre au-dessus de l'orifice de trachéotomie ; ces incisions vont d'un sterno-mastoïdien à l'autre comme il est classique. L'incision verticale est menée non sur la ligne médiane, mais un peu loin d'elle, latéralement. J'attache une certaine importance à ce détail qui permet une restauration plus correcte et plus solide au moment des sutures.

Libération du larynx sur ses faces latérales, on amorce le décollement de sa face postérieure.

Ouverture du pharynx au-dessous de l'os hyoïde. L'orifice laryngé est attiré en avant,

on décolle le pharynx du larynx à partir de la région rétro-aryténoïdienne, puis, plus bas par la trachée qui est sectionnée au niveau de la stomie.

Fermeture du pharynx.

On rabat les deux lambeaux cutanés, le plus grand est suturé, par son hord inférieur à la partie postérieure de la trachée.

Restauration cutanée. Drainage approprié.

La trachée, bien maintenue par les adhérences solides qu'elle a contractées dès la première intervention, n'a plus aucune chance de tomber dans le médiastin et d'exposer à la broncho-pneumonie secondaire.

J'ai appliqué deux fois ce procédé et les deux fois avec succès. Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade, porteur d'un vaste cancer obturant; il avait 43 ans, ce qui n'est guère favorable aux interventions définitives — elle ne le fut pas du reste — car il y eut une récidive inopérable ; trois semaines s'écoulèrent entre la première et la deuxième intervention. Le résultat opératoire fut parfait, à tel point que, quatorze jours exactement après la laryngectomie, le malade pouvait se promener en ville. Il avait au niveau de l'orifice pharyngien une petite fistule qui se ferma rapidement.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un homme beaucoup plus âgé, qui avait 66 ou 68 ans, atteint d'un cancer intrinsèque ohturant. Il fut opéré avec M. Lannois exactement par la même technique et avec le même résultat immédiat. Après la trachéotomie faite sous anesthésie locale, il présenta des signes de bronchite, mais une fois la température tombée, on fit la seconde opération et on enleva le larynx ; sous anesthésie générale. Excellent résultat opératoire, aucun incident sauf ouverture assez large de l'orifice pharyngien dont la suture avait mal tenu.

Voici donc, opposés aux deux échecs que m'avait donné la technique de Périer et celle de Glück, deux faits consécutifs dans lesquels j'ai obtenu un résultat opératoire immédiat tout à fait satisfaisant et avec moins de frais, de dangers qu'avec la trachéostomie totale suivant la technique de Glück. Est-ce un perfectionnement, est-ce un recul ? Je laisse à l'avenir et à ceux qui ont l'habitude de ce genre d'interventions le soin de répondre (1).

(1) Soc. de chir. de Lyon.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Dystocie par viciation progressive du bassin dans les pays de grande déclivité

Par M. le Docteur DRESCH
d'Ax-les-Thermes (Ariège)

Ce titre d'une communication faite par moi au Congrès d'obstétrique d'Alger, en avril 1907, suffit à donner une idée de ce qu'une longue pratique, en pays de montagnes, m'a permis d'observer.

A maintes reprises, j'ai été obligé d'intervenir activement auprès de femmes ayant eu leurs premiers accouchements parfaitement normaux et offrant, au moment de mon intervention, une angustie du détroit supérieur s'opposant à l'engagement ou au passage du fœtus. Le cas se reproduisait toujours chez des multipares ayant dépassé la trentaine et après une interruption de grossesses de plusieurs années. J'étais obligé de terminer l'accouchement, soit par une version toujours très pénible, la femme étant couchée sur le côté ou en position genu-pectorale, soit par une rude application de forceps, soit par une céphalotripsie.

Après plusieurs observations de ce genre, je n'eus pas de peine à déduire la pathogénie. C'était toujours dans des lieux topographiquement équivalents que survenait l'incident. L'habitat de mes parturientes était à flanc de montagne, déclivité très marquée ; les communications ne s'opéraient que par des sentiers abrupts, à travers champs et prairies, dont les pentes nécessitent, après les grandes pluies, de remonter les terres.

Dans ces régions, la femme coopère à côté de l'âne, du mulet et de la vache. Elle est condamnée au *portage*, à l'instar des nègres du Congo, qui n'en sont pas plus fiers pour çà. Elle porte toutes sortes de poids lourds, sur la tête, sur les épaules, sur les bras, et souvent sur plusieurs parties à la fois. A la longue, la femme la mieux hâtie se déforme à force de porter des fardeaux qu'elle appelle un *voyage*, dans son patois, exprimant ainsi qu'elle ne peut en porter davantage dans le même parcours. Il n'est pas étonnant qu'elle se déjette, peu à peu, depuis les vertèbres cervicales jusqu'au sacrum et même au delà.

Soit qu'elle monte, soit qu'elle descende plus ou moins pesamment chargée, elle est obligée à des efforts musculaires, plus ou moins paradoxaux pour s'équilibrer dans les déplacements continuels de son centre de gravité. A la longue, il s'opère des torsions, des déviations, des tassements des disques vertébraux et de l'ensemble de la colonne vertébrale. Si, pendant plus ou moins de temps, la souplesse se maintient ou même s'exagère, à la longue la sclérose se produit, entraînant la raideur et l'ankylose. Entre temps, l'ensellure s'est exagérée et aussi un glissement de la dernière vertèbre lombaire sur le sacrum (*spondylolisthesis*).

Ainsi, un processus lent et compliqué aboutit au rétrécissement antéro-postérieur du détroit supérieur. Le sacrum a lui-même subi une poussée d'avant en arrière, en même temps qu'une torsion sur son axe, rendant le rétrécissement oblique plus effectif. L'axe du bassin, en outre qu'il est rendu asymétrique, est porté en avant, en même temps que le ventre, plus ou moins en besace, rend encore plus difficile l'engagement de la partie fœtale et favorise les présentations vicieuses.

Tel est le fait que j'avais, en quelques lignes, porté à la connaissance du *Congrès d'Obstétrique* et que j'avais observé depuis si longtemps. Je n'avais pas attendu ce moment pour faire part de mes observations à des professionnels de l'obstétrique ; mais leur pratique de grande ville et d'hôpital ne leur avait rien appris de pareil. Les une trouvaient le fait intéressant, tandis que d'autres prétendaient que la viciation d'un bassin d'adulte était impossible. Ma communication ne donna lieu à aucune discussion et n'eut pas le moindre écho dans la presse médicale. Je continuai à observer des dystocies de même origine, sans me préoccuper davantage de leur divulgation.

Si je reviens aujourd'hui sur ce sujet, c'est que depuis, en 1910, le Dr Preste Rigamonti, dans la *Gazetta degli Ospedali* a appelé l'attention sur cette même étiologie des bassins rétrécis, qu'il attribue à l'habitude commune à tous les paysans des hautes montagnes de porter la hotte. Il y a toutefois une légère différence dans nos observations. Tandis que le confrère italien observait surtout les rétrécissements sur les primipares, et d'autant plus accentués que la femme avait porté la hotte plus jeune, je n'avais eu affaire qu'à des femmes ayant dépassé la trentaine, après avoir eu plusieurs accouchements n'ayant pas nécessité d'interventions.

La différence s'explique par ce fait que dans notre doux pays de France, même en pays de montagne, l'enfance et l'adolescence sont un peu plus ménagées et un peu moins exploitées. La cause de la déformation ne commence guère qu'après la période post-scolaire. La fille étant plus mûre, plus forte, la déformation est, par ce fait, même, plus longue à se produire et à s'accentuer après, au point de vue qui nous intéresse.

Très judicieusement d'ailleurs, le confrère italien constate que les rétrécissements les plus accusés se rencontrent chez les personnes qui ont porté la hotte, le plus souvent, le plus longtemps et depuis l'âge le plus tendre (11 ans), tandis qu'ils sont moins accusés, — et j'ajoute plus tardifs, — chez celles qui ne l'ont portée que vers la fin de l'adolescence. D'après mes observations, j'estime que l'angustie pelvienne, suffisante pour réclamer l'intervention de l'accoucheur, implique un *portage* d'une quinzaine d'années. J'ajoute que la pluralité les favorise (1).

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Comment mesurer l'éclairement des locaux scolaires ?

Par M. le Dr Étienne GINESTOUS
Oculiste des hôpitaux de Bordeaux.

L'œil est très mauvais juge dans ses appréciations directes, parce que celles-ci sont variables suivant les sujets. Pour obtenir des données précises, le recours à une instrumentation est nécessaire. La *photométrie* a pour objet la mesure de ce degré d'éclairement. Les photomètres de Bertin-Sans, basé sur la diaphragmation, de Weber, Javal, Landolt basés sur l'acuité visuelle, scientifiquement exacts, ne sont pas applicables en pratique. M. le Professeur Layet, de Bordeaux (2), a cherché à utiliser le *radiomètre* en comptant le nombre des tours de l'appareil pendant l'unité de temps. Mais c'est encore là un procédé inutilisable pour des examens nombreux et rapides comme doivent être ceux de toutes les places de toutes les salles d'une école. Le mieux serait évidemment de confier à la lumière son enregistrement direct et comparatif. Czellitzer, Andresen, Ruzicka (3) ont tenté de mesurer l'éclairement d'après les effets de la lumière sur des papiers sensibles photographiques ; mais les rayons jaunes, qui impressionnent le plus la rétine et dont dépend notre appréciation de l'éclairement, impressionnent bien moins que les rayons violets les papiers photographiques usuels; aussi les tentatives de Czellitzer, Andresen, Ruzicka n'ont-elles pas abouti à un procédé pratique. Nous avons nous-même entrepris des essais de même nature. Nous avons cherché à utiliser les papiers à impression lente sensibles aux rayons jaunes introduits depuis peu dans la pratique photographique. Les résultats que nous avons obtenus ne permettent pas de différenciations suffisamment tranchées pour être utilisables. Mais, d'après les renseignements qui nous ont été très obligeamment fournis par M. le Professeur Truc, la question ne tarderait pas à être favorablement résolue. M. le professeur Truc nous a dit avoir obtenu une gamme de papiers photométriques qui permettront, dans un avenir prochain, des investigations d'une extrême précision.

Quoi qu'il en soit, en attendant qu'ait été publié le procédé scientifique et photométrique nouveau, c'est à l'antique méthode basée sur l'emploi des milieux absorbants que nous devons encore avoir recours. A vrai dire, la méthode n'est pas parfaite; peut-être ne donnerait-elle parfois une différenciation de détails suffisante; mais, en réalité, elle répond aux exigences de la pratique courante. Plusieurs appareils de ce principe ont été inventés par M. le Professeur Imbert (de Montpellier), par Cohn, etc., mais le modèle du genre est celui qui a été imaginé par M. le Professeur Truc. La description complète en est donnée dans les thèses de Cure, d'Espinouze (Montpellier), de Vernier (Nancy), dans l'*Hygiène*

(1) *Languedoc medico-chirurgical.*

(2) Layet art « Ecoles », p. 242; *in Dict. Encycl. des Sc. méd. de Dechambre.*

(3) Neue studien zur relativen Photometrie. *Archiv für Hygiene*, 1905.

oculaire et Inspection des écoles de True et Chavernac. Nous la résumons sommairement : l'appareil est constitué par un cadre mesurant 0 m. 23 sur 0 m. 17. Dans ce cadre se trouve un texte choisi répété cinq fois et recouvert successivement par une, deux, trois quatre et cinq lames de verre ou de gélatine. Il en résulte que le texte recouvert par une seule lame demandera pour être lisible une quantité de lumière beaucoup moins considérable que celui qui est recouvert par plusieurs lames. Un petit cordonnet long de 0 m. 33, dont l'extrémité libre doit être maintenue contre l'apophyse orbitaire externe de l'observateur est fixé sur l'un des côtés de l'appareil et règle la lecture des textes à la distance ordinaire du travail.

Ce photomètre est gradué par l'observateur lui-même dans une chambre obscure, au moyen de la bougie « l'Etoile « prise comme étalon. On note sur le cadre le nombre de bougies-mètres nécessaires pour lire chaque paragraphe de texte.

Cet appareil est utilisé à Montpellier par M. le Professeur Truc et à Nancy par M. le Professeur Robmer. Dans ces deux villes où l'inspection oculistique des écoles est parfaitement organisée, il a donné toutes satisfactions et à permis d'obtenir des mensurations photométriques nombreuses, rapides et précises. C'est ce même appareil dont nous avons fait nous-même usage pour nos recherches.

REVUE DE RADIOLOGIE

Un cas curieux d'anévrysme de l'aorte

Par le Dr J. BELOT

Les cas d'anévrismes de l'aorte, révélés par l'examen radioscopique, ne sont pas rares aujourd'hui et chacun est d'avis que, pour être complet, l'examen du système cardio-aortique doit s'accompagner du radio-diagnostic. En n'observant pas ce principe, on peut commettre les plus graves erreurs : le cas suivant en est l'indiscutable preuve.

Il y a quelques semaines, un homme âgé de 40 ans me fut adressé par un de mes collègues, pour un examen radioscopique du thorax. L'histoire clinique de ce malade était assez troublante. Il arrivait d'un sanatorium d'altitude où l'avaient envoyé diverses sommités médicales de France et de l'étranger, car il avait vu nombre de médecins ! On avait porté le diagnostic de tuberculose pulmonaire avec envahissement total du poumon gauche : le pronostic était des plus sévères. Cette cure avait duré onze mois, je crois, et succédait à une série de traitements analogues faits antérieurement. Quand le malade se présenta chez moi, je fus frappé du timbre de sa voix, indice caractéristique d'une paralysie récurrentielle : son état général était mauvais, la dyspnée très marquée, mais l'amaigrissement peu prononcé. Il m'apportait une très grande radiographie faite au cours d'un séjour d'altitude : elle montrait l'hémithorax gauche complètement obscur, sans qu'il soit possible de distinguer dans cette ombre confuse, les détails du cœur, du poumon et du diaphragme. Par contre, l'hémithorax droit était clair et normal en apparence. Cette image ne correspondait pas à ce que nous connaissons des manifestations tuberculeuses.

En interrogeant le patient, j'appris qu'un traitement mercuriel récent, suivi lui-même d'injections d'arsenobenzol, avait amélioré les phénomènes dyspnéiques et calmé les douleurs. Le médecin traitant m'annonça que le Wassermann avait été positif. Malgré tout cela, on pensait encore à la possibilité d'une néoplasie pulmonaire.

L'examen radioscopique que je pratiquai immédiatement, me révéla une série d'images fort impressionnantes. En position antérieure, je vis, de prime abord, que le côté gauche était obscur, tandis que le droit s'éclairait normalement, même dans la région du sommet. En observant l'image de plus près, à l'aide du diaphragme-iris, je pus avoir la certitude que le sommet gauche était clair et que la portion latérale du thorax présentait une opacité plus diffuse, plus légère que les régions hilaire et juxtacardiaque. Une ombre énorme, très opaque, arrondie à son sommet, s'étendait de la colonne vertébrale au tiers latéral du thorax d'une part et du deuxième espace intercostal, au diaphragme. Ce dernier n'était plus visible : seule la poche gazeuse de l'estomac permettait d'en déterminer la situation. L'ombre anormale s'étalait en cette région jusqu'à la paroi latérale et en ce point extrême, correspondant au sillon costo-diaphragmatique gauche, on pouvait observer des battements : la pointe du cœur se trouvait là. Partout ailleurs, l'ombre était immobile, sans oscillation, sans battement. Cette image pouvait être interprétée dans le sens d'ectasie aortique, avec péri-aortite et médiastinite, mais j'avoue que l'énorme volume de la lésion me rendit perplexe et je procédai à l'examen oblique latéral. Je vis alors l'ombre se détacher de celle de la colonne vertébrale dans la zone sus-diaphragmatique, tandis qu'à la région supérieure apparaissait l'aspect massué caractéristique. A n'en pas douter, il s'agissait bien d'un énorme anévrisme de l'aorte, au niveau de la crosse, lésion compliquée de médiastinite, lésion jusque-là méconnue par les médecins qui avaient soigné ce patient antérieurement.

Un peu étonné de l'énormité des lésions et de leur inobservation clinique, je fis appel à mes souvenirs de médecine et retrouvai, chez cet homme, tous les signes classiques de l'anévrisme aortique.

Voilà donc un cas qui échappa à la clinique parce qu'il avait été insuffisamment examiné ; il ne tira aucun profit de la première recherche radiographique, parce que le spécialiste s'était contenté d'une mauvaise radiographie.

Cette curieuse observation suggère quelques réflexions :

Il faut toujours compléter l'examen clinique par le radiodiagnostic. Faute de cette pratique, on peut exposer son malade aux plus grands dangers. Dans le cas présent, la cure d'altitude n'a pu qu'être nuisible et a provoqué une recrudescence des phénomènes dyspnéiques, une exagération des douleurs.

L'examen radioscopique est la méthode de choix : pour l'étude du thorax, il doit être préféré à la radiographie et toujours la précéder.

Le radiodiagnostic apporte souvent des éléments nouveaux, d'une valeur indiscutable, permettant de confirmer un diagnostic établi ou de poser un diagnostic (1).

(1) Société de radiol médic. de Paris.

REVUE D'HYGIÈNE

Désinfection des rasoirs et des tondeuses

Ces instruments peuvent transmettre, comme l'ont constaté un grand nombre d'hygiénistes, les maladies contagieuses de l'nn à l'autre des clients d'un coiffeur. Aussi est-il recommandé de les désinfecter avant emploi par immersion dans un liquide antiseptique convenable. Au lieu des solntions phéniques ou métalliques diverses, M. Périn préconise l'usage du liquide :

Essence de Wintergreen....	30 grammes.
Teinture de quillaya.......	6 grammes.
Eau....................	6 litres.

peut-être un peu coûteux, mais d'odeur agréable, non toxique, ni irritant. Quant aux propriétés antiseptiques, elles seraient particulièrement puissantes.

CARNET DU PRATICIEN

Végétations ano-vulvaires pendant la grossesse

Essayer de les détruire dès lenr apparition. Pour cela, nser an débnt d'injections vaginales avec :

Permanganate de potasse...... 1 gramme

pour deux litres d'eau bouillie et de pansements humides avec de la gaze imprégnée de la même solntion.

Si les végétations ne disparaissent pas, toucher chaque masse végétante avec un tampon monté trempé dans :

Nitrate d'argent............	3 grammes
Eau distillée...............	30 —

ou dans :

Acide chromique............	7 grammes
Eau distillée...............	20 —

sanpoudrer ensuite avec :

Oxyde de zinc..............	10 grammes
Tanin......................	10 —
Talc.......................	10 —

Si les végétations ne sont constatées qn'an moment de l'acconchement, les désinfecter avec des pansements humides de permanganate de potasse ou d'eau oxygénée à 12 volnmes conpée de deux tiers d'eau, puis, cinq on six jours plus tard, les gratter avec la cnrette ou les exciser aux ciseaux en liant chaque pédicule et cantériser au thermocantère les pédicules qni ne supportent pas la ligature. En cas d'hémorragie en nappe, compression et application d'nne poudre stérilisée.

Traitement de la fièvre des foins par les sels de calcium

Hnit jonrs avant l'époqne où d'habitude apparaissent les symptômes de la fièvre des foins, prendre chaque jour trois cnillerées à sonpe de la solution :

Chlorure de calcium.......	10 grammes
Lactate de calcium.........	10 —
Sirop simple..............	40 —
Eau distillée..............	400 —

Quand la fièvre a commencé, le malade doit prendre une cnillerée à sonpe toutes les deux henres, jusqn'à ce qn'il ait absorbé en tont 30 ou 50 grammes de calcium.

(HOFFMANN.)

Gangrène pulmonaire

Prendre toutes les heures une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Hyposulfite de sodium..	3 à 4 grammes
Julep gommeux........	120 grammes

Adjoindre à l'usage de cette potion des inhalations répétées chaque heure durant 10 minntes et effectuées en respirant de l'air ayant barbotté dans un flacon renfermant la solution antiseptique suivante :

Formol....................	1 gr. 50
Teinture d'eucalyptus......	150 grammes

Hémorragies de la fièvre typhoïde

Donner toutes les heures, à l'heure, une cuillerée à soupe de la potion :

Ergotine...................	4 grammes
Acide gallique.............	0 gr. 50
Sirop de térébenthine......	30 grammes
Eau.......................	120 —

En même temps, donner toutes les heures, à la demie, une cuillerée à soupe de la seconde potion :

Chlorure de calcium.......	4 grammes
Sirop d'opium.............	30 —
Eau distillée..............	128 —

(R. ROBIN.)

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE.

CHEMINS DE FER D'ORLÉANS

VOYAGES DANS LES PYRENEES

TARIF G. V. n° 105 (ORLÉANS)

La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des Billets d'excursions comportant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter le Centre de la France et les Stations balnéaires des Pyrénées et du Golfe de Gascogne.

1er ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 164 fr. 50, 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarhes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de-Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Puyôo-Bavonne Dax, ou Puyôo-Dax, Bordeaux. Paris.

2e ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 163 fr. 50; 2e cl. 122 fr. 50. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).

3e ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 164 fr. 50; 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne-Puyôo-Pau ou Puyôo-Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et l'Italie

PAR LE MONT-CENIS

ALLER (départ de Paris) : 2 h. 30 soir, V.-L. ; L.-S. ; 1re et 2e classes jusqu'à Turin.

ALLER : 10 h. 30 soir, V.-L. ; 1re et 2e jusqu'à Rome. L.-S. jusqu'à Modane.

RETOUR (départ de Rome) : 9 h. 15 soir, V.-L. ; 1re et 2e classes depuis Turin ; L.-S. ; 1re classe, depuis Modane.

RETOUR : 8 heures matin, V.-L. ; L.-S. ; 1re et 2e classes depuis Turin ; V.-R. depuis Dijon.

RETOUR : 2 h. 40 soir, 1re et 2e classes depuis Rome.

De Paris à Guernesey et vice-versa : Billets valables par Granville et billets simples valables sept jours : 1re cl. 51,75, 2e cl. 34,90, 3e cl. 26,15 ; billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 70,40, 2e cl. 47,25, 3e cl. 36 ; Billets valables par Granville et Saint-Malo, permettant d'effectuer l'excursion du Mont Saint-Michel comprise dans le prix du billet (itinéraire : Paris-Granville, Jersey, Guernesey, Saint-Malo, Pontorson, Mont Saint-Michel, Paris ou inversement) : billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 84,35, 2e cl. 56,10, 3e cl. 43,70 ; billets valables par Cherbourg et Aurigny et billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 81,40, 2e cl. 57,40, 3e cl. 41,75.

Durée de validité : 30 jours (non compris le jour du départ) avec faculté de prolongation.

Les billets du parcours additionnel ci-dessus peuvent être demandés, soit au commencement du voyage, en même temps que le billet circulaire, soit à Toulouse-Matabiau, au moment du passage dans cette gare.

VARIÉTÉS

La Guerre aux Mouches

M. Hennion, préfet de police, vient de faire tirer à cinq cent mille exemplaires une circulaire qui est destinée à être distribuée dans toute la France. Cette circulaire contient des conseils essentiels destinés à protéger nos aliments contre le contact des mouches; à empêcher celles-ci de s'introduire dans nos habitations; à détruire celles qui y pénètrent; enfin à s'opposer partout à leur naissance et à leur reproduction.

Quatre cent mille de ces circulaires seront distribuées aux élèves des écoles communales de Paris et de la banlieue. Cent mille autre seront envoyées aux directeurs des grandes administrations (lycées, collèges, établissements divers).

D'autre part, de nombreuses affiches illustrées ont été apposées à Paris et en province. Ornées de planches coloriées, représentant la mouche domestique à un fort grossissement, ses œufs et ses larves sur un fumier, ces affiches excitent une vive curiosité dans les rues où elles sont apposées. En voici le texte :

AVIS CONCERNANT LE DANGER DES MOUCHES POUR LA SANTÉ PUBLIQUE.

Vivant sur les fumiers, les matières fécales, les crachats, les substances en décomposition, les mouches déposent les microbes qu'elles y ont récoltés sur nos aliments et répandent la fièvre typhoïde, la dysenterie, le choléra, la diarrhée des jeunes enfants et la tuberculose.

I. — *Protégez les aliments contre les mouches.*

Dans les magasins de comestibles et aux étalages les commerçants doivent garantir de leur contact les matières alimentaires. Dans les cuisines, il est indispensable d'avoir des garde-manger à toiles métalliques.

II. — *Empêchez-les de pénétrer chez vous.*

Ne laissez entrer que peu de lumière dans les pièces que vous voulez protéger contre les mouches; défendez-en les issues par de simples filets à larges mailles.

III. — *Détruisez-les partout où vous les trouvez*

Les pièges en verre, papiers à la glu, papiers tue-mouche, la poudre de pyrèthre fraîche et de bonne qualité, le ofrmol, sont d'excellents moyens pour détruire les mouches.

Les vapeurs de crésyl ou crésol tueront les mouches dans les locaux qu'elles fréquentent le plus, et où elles gîtent pendant l'hiver : écuries, latrines, etc. (Le mode d'emploi de ces divers procédés est indiqué avec détails dans une notice qui est mise à la disposition du public dans toutes les mairies et dans les écoles publiques).

IV. — *Empêchez leur reproduction.*

Les mouches pondent leurs œufs et se reproduisent sur les dépôts d'immondices et les substances en décomposition.

Eloignez des habitations les détritus de toutes sortes, fumiers, dépôts d'ordure, gadoues, etc. Les écuries étables, tous les abris pour animaux doivent être maintenus propres. Des fumigations de crésol y seront faites au début de l'hiver pour détruire les mouches au gîte. Il est nécessaire d'enlever les fumiers trois fois par semaine en été et de les déposer loin des maisons.

Aspergez les immondices de substances qui écartent les mouches pondeuses et tuent leurs larves: chlorure de chaux, lait de chaux fraîchement préparé, sulfate de fer en poudre au en solution à 20 0/0, huile verte de schiste mélangée à parties égales avec de l'eau.

Versez dans les latrines des substances capables d'empêcher la ponte. Tous les six mois, répandez dans les fosses d'aisance fixes un litre de pétrole ou encore un litre d'huile verte de schiste additionnée de la même quantité d'eau.

Une ménagère soucieuse de la santé des siens évitera d'acheter des aliments altérables (viandes, pâtisseries, fruits, etc.) exposés sans protection aux mouches et aux poussières de la rue.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Stations climatiques.

Par décrets insérés au *Journal Officiel* les communes de Mimizan (Landes) et d'Odeillo-Via (Pyrénées-Orientales), sont érigées en stations climatiques.

De plus une chambre d'industrie climatique est créée dans la commune de Mimizan.

Station hydrominérale

Par décret présidentiel, la commune de Bain-les-Bains (Vosges) est érigée en station hydrominérale et une chambre d'industrie thermale est créée dans cette commune.

ÉCHOS

Les concours d'agrégation en médecine.

La note suivante vient d'être affichée à la Faculté de médecine de Paris :

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONCOURS D'AGRÉGATION

Chirurgie générale.

L'examen des procès-verbaux du concours d'agrégation des facultés de médecine (section de chirurgie générale) a fait constater une erreur matérielle, commise par le jury dans la notation de la seconde épreuve du concours.

Invité à procéder à une rectification conforme aux prescriptions du statut de l'agrégation, le jury s'est réuni à la Faculté de médecine de Paris le dimanche 13 juillet 1913.

Après délibération du jury, le classement pour l'admission définitive est établi ainsi qui suit :

Paris, MM. Alglave, Mocquot, Desmarest; Montpellier, M. Etienne; Lyon. MM. Cotte et Durouy; Bordeaux, M. Duvergey; Toulouse, M. Gorse.

La lutte antituberculeuse.

MM. Léon Bourgeois, Ribot, Paul Strauss, Ferdinand-Dreyfus, Peyrot, Lourties viennent de déposer sur le bureau du Sénat une proposition de loi portant création de dispensaires publics d'hygiène sociale et de défense antituberculeuse.

Ces dispensaires doivent contribuer à la préservation, en dépistant les malades, en instituant des enquêtes sociales portant surtout sur l'habitation et l'alimentation, en s'occupant du placement des enfants menacés, en faisant l'éducation hygiénique des familles. Outre ce rôle primordial, les dispensaires devront être encore des organes de traitement des tuberculeux, d'assistance aux malades et à leurs familles, de propagande et d'éducation populaire.

Ces offices ou dispensaires sont d'une fondation peu coûteuse. Les fonds nécessaires à leur création seraient à trouver, d'après le projet présenté au Sénat, dans les libéralités des particuliers et des groupements d'assistance, auxquelles l'Etat joindrait des subventions à prendre sur le revenu des jeux et le pari mutuel. Le projet prévoit le cas où la mortalité tuberculeuse d'une commune dépassant une moyenne acceptable pendant un certain laps de temps, les pouvoirs publics pourront par décret rendre obligatoire la création d'un de ces dispensaires.

Le vingt-cinquième anniversaire de l'Institut Pasteur.

Le Sénat vient d'adopter, d'accord avec le gouvernement, une proposition autorisant, pour le 14 novembre prochain, une promotion exceptionnelle dans la Légion d'honneur, à l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de la fondation de l'Institut Pasteur.

Cette promotion comprendra une croix de grand-officier, cinq croix de commandeur, douze d'officier et trente-deux de chevalier.

XVII[e] Congrès de l'Association générale des Médecins de Roumanie.

Ce congrès s'est tenu à Bucharest du 12 au 15 juin dernier.

La première séance a eu lieu le 12 juin.

L'ouverture du Congrès a été faite par M. le Professeur Dr Lion, puis M. le Dr Burghele, secrétaire général, a donne le compte rendu de l'activité du comité pour 1912.

Le bureau est ainsi formé : président, Dr Professeur Jean Cantacuzène: vices-présidents, Dr Saabner-Tuduri, sénateur de Bucharest; Dr G. Dimitride, professeur de Jassi.

Question à l'ordre du jour : *Le Médecin et l'école*, rapporteurs Drs Daniel (T. Severin), Negrescu (R. Sarat). Discussion.

La seconde séance a eu lieu le 13 juin.

Question à l'ordre du jour : *Le Médecin et la question rurale en Roumanie*, rapporteurs Drs Lupin (Ilfor) et Catacu (Buftea).

Dans les journées suivantes les congressistes ont fait la IV[e] excursion scientifique aux stations balnéaires et climatériques du département Prahova. Ces excursions sont faites sous la direction de MM. les Drs Saabner-Tuduri, Bottescu et Burghele, dans le genre des voyages d'études médicales faits par M. le Dr Landouzy en France.

Les « dessaouloirs » de Saint-Pétersbourg.

« A Saint-Pétersbourg, rapporte la *Chronique médicale*, on commence à procéder sévèrement contre l'ivrognerie et à s'occuper des innombrables victimes du « wodki », qui journellement tombent dans les rues.

Le Conseil municipal de la capital a constitué un Comité de tempérance et ce dernier propose de construire 12 à 15 « dessaouloirs » dans la ville, pour recevoir les nombreux ivrognes qu'on ramasse sur la voie publique. Ces édifices devront contenir plusieurs compartiments, afin de répartir les clients suivant le sexe, l'âge et le degré d'ivresse; ils seront calculés pour contenir 300 personnes au minimum (!) et placés sous le contrôle d'un médecin de la ville.

« Pour les soins à donner, on prélèvera une légère taxe sur ces *hospitalisés* d'un nouveau genre; inutile de dire que cette taxe ne sera perçue qu'après le dégrisement. Seulement, il va être quelque peu difficile de procéder à l'encaissement de ce nouvel impôt, les vrais amateurs de wodki ayant la fâcheuse habitude de ne s'arrêter de boire que lorsque leur dernier kopeck est dépensé. »

Honoraires médicaux.

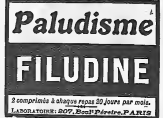
Le docteur Robineau, chirurgien des hôpitaux, a, en décembre 1908, opéré Mme Myers, qui est décédée quelques jours après l'opération.

M. Robineau présenta une note d'honoraires de 4.000 francs, que M. Myers refusa de payer.

Sur une réclamation en justice du docteur Robineau, la troisième section de la sixième chambre prescrivit une expertise, qui fut confiée aux docteurs Delbet, Auvray et Monod, et à la suite de laquelle le tribunal a rendu un jugement dont cet attendu est à reproduire :

« ... Attendu que le rapport des docteurs Auvray, Delbet et Monod conclut nettement qu'il n'y a eu de la part de Robineau aucune erreur de diagnostic; que l'opération faite à la dame Myers ne doit pas être considérée comme inutile et funeste; qu'il est faux de dire que la prudence la plus élémentaire commandait l'abstention de toute intervention chirurgicale...

Le tribunal a condamné M. Myers à payer au docteur Robineau les 4.000 francs d'honoraires réclamés par celui-ci.



84e Année (Série XIIIe) — N° 210 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 6 Août 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 6 Août 1913

ÉCHOS

L'assistance aux familles nombreuses.

Le *Journal officiel* vient de publier le texte de la loi relative à l'assistance aux familles nombreuses. En voici les principales dispositions :

« Art. 2. — Tout chef de famille, de nationalité française, ayant à sa charge plus de trois enfants légitimes ou reconnus, et dont les ressources sont insuffisantes pour les élever, reçoit une allocation annuelle par enfant de moins de treize ans, au delà du troisième enfant de moins de treize ans.

« Si les enfants restent à la charge de la mère par suite de la mort du père, de sa disparition, d'abandon par lui de sa famille ou de toute autre cause, l'assistance est donnée pour chaque enfant de moins de treize ans au delà du premier enfant de moins de treize ans.

« Si les enfants restent à la charge du père par suite de la mort de la mère, de sa disparition, de l'abandon par elle de sa famille ou de toute autre cause, l'assistance est donnée pour chaque enfant de moins de treize ans au délà du deuxième enfant de moins de treize ans.

« Seront assimilés aux enfants de moins de treize ans, pour l'application des dispositions de la présente loi, les enfants âgés de treize ans à seize pour lesquels le chef de famille ou la mère aura passé un contrat écrit d'apprentissage dans les conditions déterminées par le règlement d'administration publique prévu à l'article 15 de la présente loi.

« Seront considérés comme chefs de famille les parents qui, en cas d'abandon des enfants ou de la disparition des père et mère, auront pris la charge des enfants. »

Contre la Tuberculose.

La commission permanente de préservation contre la tuberculose, dans une réunion tenue au ministère de l'Intérieur, sous la présidence de M. le professeur Debove, secrétaire perpétuel de l'Academie de medecine, vice-président de la commission, vient d'adopter le vœu suivant à l'unanimite :

« La Commission ;

« Considerant que nul ne peut envisager la possibilite de rendre obligatoire la déclaration de la tuberculose avant que soient organisés tout un ensemble de mesures d'assistance et de prophylaxie en faveur des tuberculeux ;

« Décide de présenter au Gouvernement un programme minimum de défense anti-tuberculeuse ;

« Et émet le vœu que le Gouvernement constitue une commission interministérielle chargée de rechercher les modalités d'application utile de ce programme et les dépenses qui résulteraient de son application. »

Pascal mourut-il empoisonné ?

La maladie et la mort de Pascal sont une de ces nombreuses énigmes historiques qui attirent la curiosité des érudits. De fait, elles ont provoqué toute une série d'œuvres et toutes sortes d'hypothèses. Pour ne rappeler que les plus récentes, le Dr Just-Navarre, dans l'étude médicale et psychologique qu'il a consacrée à la *Maladie de Pascal* a conclu que la maladie de Pascal a été la tuberculose et un autre médecin, le Dr Tarry, examinant devant la Société nationale de médecine de Lyon la thèse de son confrère, a, au contraire, exprimé l'opinion que Pascal a succombé à l'intoxication saturnine. Dès lors que Pascal était en cause on pouvait être assuré que M. Jovy, le patient chercheur de *Pascal inédit*, aurait quelque jour son mot à dire dans l'affaire. C'est ce qui est arrivé !

Un beau jour M. Jovy se mit en tête de dépouiller le fatras de manuscrits connu sous le nom de « les Portefeuilles de Vallant ». Vallant avait été le médecin de Mme de Sablé. Il était devenu le médecin de Mme de Guise. Il avait, en outre, une clientèle très aristocratique. Il était surtout en relations avec Messieurs de Port-Royal. On pouvait certainement glaner dans le ballot de manuscrits laissés par Vallant.

M. Jovy, en bon chasseur, devinait le gibier de ce côté. Il se mit à la tâche. Que de papiers il dut déchiffrer avant d'en découvrir qui fussent vraiment intéressants ! Mais tout est intéressant pour un érudit. M. Jovy lut tout ligne à ligne, notes médicales, observations de botanique, recettes culinaires, récits de conversations, billets reçus, lettres littéraires, tout. Il est allé jusqu'au bout et il revient maintenant triomphant. Il a découvert que Vallant avait été un des médecins de Pascal et il s'est fait la conviction que Pascal est mort empoisonné. Empoisonné? Oui. Entendons-nous. M. Jovy ne prétend point que Pascal fut assassiné. Il soutient que les médecins de Pascal ont, par leurs médicaments et notamment par l'émétique, contribué à la mort de Pascal. Que Vallant ait été le médecin ordinaire de Pascal, il en voit la preuve dans un certain nombre de notes précises relatives à la maladie de Pascal et dans les consultations demandées par Vallant aux médecins Brayer, Guénault, Hommets et Eusèbe Renaudot. Evidemment la purge et la saignée tiennent la place principale dans ces arrêts des sommités médicales du temps. Nous ne nous pardonnerions pas, ne serait-ce que pour en faire hommage à Molière, de ne pas citer la consultation donnée par Guénault et pieusement conservée par Vallant :

La voici traduite du latin :

« M. Pascal souffre d'un embarras des entrailles qui provient d'une humeur mélancolique ; cette humeur, tandis qu'elle fermente, émet des vapeurs qui produisent des symptômes différents suivant la diversité des parties qu'elles atteignent ; elles fermentent parce qu'elles bouillent et cette ébullition provient de la chaleur. Aussi faut-il saigner le malade aux deux bras, puis purger ainsi : mettre deux onces de feuilles de séné avec une demi-once de crème de tartre jusqu'à ce que la teinture en soit extraite ; ensuite qu'elle soit coulée et donnée le matin pendant six jours, ou que deux onces de séné soient jetées dans une livre d'eau ; l'infusion faite qu'on y ajoute des prunes acides, une demi-livre environ, qu'elles cuisent complètement et que le malade en preune jusqu'à dix cuillerées pendant six jours le matin ; cela fait, qu'on le saigne du pied ; qu'il soit ensuite purgé comme précédemment trois ou quatre fois, et enfin qu'il use des eaux minérales vitriolées, parmi lesquelles de préférence les eaux de Saint Myon. »

On saigna tant qu'on put le malheureux Pascal ; ce n'est pourtant pas par la saignée qu'on l'empoisonna. C'est par le vin émétique, c'est par l'antimoine. L'hypothèse de M. Jovy a son point de départ dans un avis du médecin Hommets, où il est fait allusion au vin émétique, et dans une lettre d'Eusèbe Renaudot, conseillant l'emploi du même vin, à base d'antimoine ; elle prend quelque consistance quand on voit intervenir Guénault immortalisé par Boileau :

En un mot, qui voudrait épuiser ces matières,
Peignant de tant d'aspects les diverses manières,
Il compterait plutôt, combien en un printemps
Guénaut et l'antimoine ont fait périr de gens.

Elle se précise quand M. Jovy contrôle les péripéties de la maladie de Pascal et les effets de l'antimoine tels que la médecine moderne les a reconnus. Bref, pour M. Jovy aucun doute n'est possible : « de nombreux accidents de la santé de Pascal sont venus des traitements singuliers qu'on imposait à sa faible constitution ; il a été l'*anima nobilis* vouée à de malencontreuses expérimentations et son organisation n'a pu résister aux effets d'un remède périlleux donné à un moment tout à fait défavorable, sans aucune circonspection, peut-être trop souvent et en trop grande quantité et rendu plus dangereux encore par quelque immixtion d'éléments arsenicaux ». M. Jovy tient-il la vérité? On ne peut l'affirmer aussi catégoriquement qu'il le fait lui-même. Il apporte en tous les cas, tant sur la mort de Pascal que sur la médecine et les médecins du XVIIe siècle, un ensemble de documents propres à faire rebondir une controverse qui paraissait épuisée. M. Jovy la rouvre par une affirmation : « Pascal a été empoisonné. » Qu'en pensent les médecins d'aujourd'hui? Voudront-ils condamner les médecins d'avant-hier? Nous leur avouerons franchement, quoi qu'ils puissent dire en ce débat qui a son tragique et son comique, que nous préférons qu'ils ne prennent pas pour modèle Eusèbe Renaudot.

E.-B. J.

Pauline Bonaparte à Plombières

Au temps de Napoléon 1er, Plombières n'était qu'une toute petite ville qui ne connaissait même pas le luxe des salles de bains.

Lorsque Pauline Bonaparte arriva à Plombières, son beau-frère Leclerc, qui était préfet, lui fit aménager, le plus confortablement possible, un appartement.

Mais cet appartement était dénué de toute salle de bains et, pour donner satisfaction à sa belle-sœur, Leclerc réquisitionna tous les soldats de la garde départementale, qui s'en allèrent dans les villages voisins pour trouver une baignoire.

Enfin le bain put être préparé et, quand Pauline entra, elle demanda :

— Et mon bain?
— Il est prêt.
— Et ma douche ?
— C'est plus difficile, il n'y a pas d'appareil.

Elle réfléchit un instant, puis une idée lui vint:

— Faites percer le plafond au-dessus de la baignoire et de la chambre d'au-dessus on me donnera ma douche, ce sera très commode.

Il en fut fait ainsi et ce fut fort commode, en effet.

La Géophagie en Afrique

La géophagie, qui est très répandue surtout dans l'Amérique tropicale, se retrouve parmi de nombreuses populations africaines, dans le Sahel, au Soudan, dans la Guinée, la Côte d'Ivoire et le Gold-Coast, au Cameroun.

H. Hubert a fait des observations particulières sur ce sujet dans la colonie du Haut-Sénégal-et-Niger, à Diékmy, chez les Bobos-Oulés, et G. Regelsperger les a résumées dans la *Géographie*.

La terre alimentaire en question est une argile intercalée dans les grès. Les indigènes ont creusé une galerie pour y accéder. Les morceaux d'argile extraits par les indigènes sont débités par eux, soit pour leur consommation personnelle, soit pour être vendus. Il s'en fait un grand trafic. Ces indigènes sont si friands de cette terre que la consommation n'en semble limitée que par leurs ressources financières ou par la force de résistance de leur estomac. Les gens aisés en mangent journellement: il en est qui en absorbe jusqu'à 3, 5 kilogrammes en un seul jour.

Au Soudan, la coutume se retrouve encore chez les Bambarins, les Malinkes et les Kassoukes. Plus au sud, les indigènes de la race Agni-Ashanti font une sérieuse consommation d'argile blanche.

On a aussi signalé des enfants géophages à Aïn-Magdi, dans le sud de la province d'Alger, ainsi qu'à Settat, dans la Chaouïa, où, dès l'enfance, les indigènes mangent de la terre par friandise ; des femmes aussi, avant de manger leur couscous, avalent des boulettes de terre noire, faites avec cette terre argileuse appelée *tir*, à laquelle la Chaouïa doit sa fertilité.

Contre le Choléra

Une ordonnance contre le choléra datée de 1832, et qui fut écrite au plus fort de l'épidémie :

Un quarteron d'indifférence,
Autant de résolution,
Dont vous ferez infusion
Avec du jus de patience.
Point de procès, force, gaieté,
Deux onces de société.
Avec quelque peu d'exercice.
Point de souci ni d'avarice,
Trois bons grains de diversion,
Aucun excès de passion.
Vous mêlerez le tout ensemble
Pour en prendre, si bon vous semble,
Autant le matin que le soir,
Avec un doigt de fort bon vin.
Vous verrez que cette pratique
Au choléra fera la nique.

Des applications de Diathermie comme Ration énergétique d'appoint

Par M. le Professeur J. BERGONIÉ, de Bordeaux.

La chaleur n'est une forme toujours dégradée de l'énergie que pour les mécaniciens ; chez l'homme et les animaux homéothermes, l'énergie doit être libérée directement sous la forme chaleur, pour compléter le premier terme de l'équation qui égale les recettes aux dépenses, lorsque l'homéothermie est garantie. Cette quantité de chaleur, directement produite jusqu'ici aux dépens des aliments, est donc un appoint variable qui s'ajoute à la chaleur dégradée, provenant du fonctionnement vital de l'organisme et en est tout à fait distincte. Le rapport entre la chaleur d'appoint et la chaleur totale n'est pas constant. Il varie avec chaque sujet, avec l'activité mécanique d'un même sujet, avec la température extérieure, le vêtement, le vent, etc. Certains auteurs l'ont évalué, pour l'homme restant homéotherme, entre 2/5 et 1/2 ; mais chez un sujet de faible poids, de grande surface, exposé nu à la température d'environ 20° c., ce rapport peut être beaucoup plus grand.

La quantité de chaleur d'appoint doit donc être considérable dans certaines circonstances pour que l'homme puisse conserver sa température propre. Pourquoi, dans ces conditions, ne pas lui fournir, en nature, cette grande quantité de chaleur, au lieu de la lui laisser tirer des aliments qu'il faut digérer et brûler en surmenant les appareils physiologiques, qui servent à cette digestion et à cette combustion ? C'est ce que j'ai fait par la diathermie, l'admirable méthode d'application des courants de basse tension et de haute fréquence due aux travaux de M. d'Arsonval (1).

Ces courants traversent le corps avec des intensités efficaces de 2 à 3 ampères, sous des différences de potentiel de 1.000 à 2.500 volts, sans aucune sensation, lui fournissant ainsi à l'heure, par l'effet Joule, dans les 3.000 calories, plus que sa ration alimentaire totale journalière !

Voici la technique, très simple, suivie pour les applications de ces courants : ils entrent par des électrodes métalliques nues (plomb, étain, aluminium, etc.) se moulant bien sur la région, fixées par une bande à pansement, et dont on isole quelquefois les bords avec l'un de ces étroits rubans de sparadrap adhésif. Ces électrodes sont au nombre de six, ou davantage. On les distribue sur chaque pôle en quantité, de différentes manières : par exemple, trois sur le côté et les membres gauches du corps, pour un pôle, et trois sur le côté et les membres droits pour l'autre pôle. La surface totale des électrodes est d'environ 30 décimètres carrés ; ce qui fait une densité de courant faible, donnant une large marge de sécurité.

Les indications générales peuvent seulement être notées ici. Ce sont : les états de marasme, d'athrepsie, d'hypothermie, d'inanition primitive ou consécutive à des affections graves du tube digestif, les anémies diverses, les périodes d'algidité des maladies, tous les états de misère physiologique en général. Ces applications de diathermie peuvent encore provoquer, sans dépense énergétique supplémentaire, des hyperthermies bienfaisantes chez des organismes à réactions défensives paresseuses.

Voici un exemple clinique des résultats :

SUJET B. — Traité par la diathermie générale. Deux applications par jour. Intensité : 1 ampère, 5 en moyenne ; durée : quarante minutes, correspondant environ à 1.700 calories absorbées par séance.

Avant le Traitement :		Après le Traitement :
	Taille : 1 m. 76	
49 k. 500	Poids	63 k. 200
13 cm. 5	Pression artérielle systolique	15 cm. 5
3 divisions	Amplitude des oscillations	7 à 8 divis.
	Alimentation	
Mange beaucoup de viande; constipation; Langue saburale; céphalgie.		Mange beaucoup moins, malgré abaissement de température, et végétaux; langue parfaite; plus de maux de tête.
	Etat des forces	
Faiblesse très grande; ne peut faire 100 m sans soutien; pas de travail physique possible; pas de travail intellectuel.		Marche des heures sans fatigue; vigueur physique normale; travail intellectuel appréciable.
	Température	
Hypothermie-température axillaire : 36° à 5 heures du soir. Très sensible au froid. Très vêtu. Ne sort pas l'hiver.		Orthothermie-température axillaire 37°2, montant après les séances à 40°3. Affronte toutes les températures peu vêtu.
	Etat général	
Misère physiologique accentuée.		Aspect corporel et vie normaux.

La diathermie est donc le moyen le plus efficace et le plus rationnel de secourir les organismes en état de misère physiologique, quelle qu'en soit la cause, en leur apportant, sous forme de chaleur en nature, une *ration d'appoint*, qui couvre leur déficit énergétique, sans mettre à contribution leur tube digestif.

1) D'Arsonval. Société de Phys., 20 avril 1892.
— G. R. Acad. des Sc., 20 mars 1893.
— — — 3 juillet 18-3.
— — — décembre 1901.
— *Arch. d'Elect. Med.*, 1910, p. 873.

TRAITEMENT DES SARCOMES

cliniquement diagnostiqués par la radiothérapie

Par M. le Docteur Roger LEBEAU
Assistant de Radiologie à l'Hôpital St-André de Bordeaux.

Depuis de nombreuses années déjà, la radiothérapie a été utilisée avec succès dans le traitement du sarcome.

Dès 1900, Kirby, Ricketts, Stenbeck ont signalé quelques observations positives. Donner la liste des auteurs qui ont obtenu des résultats satisfaisants dans le traitement de cette affection par les rayons X serait fastidieux.

Je me bornerai à rappeler les observations qui me sont personnelles et qui valent, je crois, la peine d'être examinées et réunies au moment où la radiographie, n'étant plus une méthode nouvelle de traitement, a passé l'heure de l'engouement et de panacée universelle et s'est localisée dans le traitement d'affections bien déterminées ; les sarcomes entrent dans ces dernières. La cellule sarcomateuse est plus sensible aux rayons X que la cellule épithéliomateuse et, malgré les résultats encourageants que les radiologistes ont obtenus dans le traitement des épithéliomas cutanés, ils ont malheureusement eu bien des déboires lorsqu'il s'est agi d'épithéliomas profonds : épithéliomas de l'utérus, cancers de l'estomac, de l'intestin, etc.

On nomme sarcomes des tumeurs constituées par du tissu conjonctif embryonnaire pur ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir un tissu adulte (Reclus).

Le sarcome comprend actuellement des tumeurs fibroplastiques, embryoplastiques myéloïdes, globocellulaires, fuso-cellulaires, les tumeurs myéloplaxes et à médullocelles et les plasmones.

Pour la classification de ces différentes tumeurs on se base sur la forme des éléments du néoplasme. Il n'est donc point étonnant que l'on trouve des tumeurs sarcomateuses atteignant les différents organes.

Un certain nombre de sarcomes sont rares ; nous ne ferons que les signaler : sarcome du foie, de la colonne vertébrale dont on ne possède qu'une seule observation, sarcome méningé, sarcome de la choroïde, sarcome et mélanosarcome de l'iris, sarcome des fosses nasales, du sinus maxillaire, de la vessie, du pénis, de la vulve, de la muqueuse vaginale, de l'ovaire, sarcomes et lymphosarcomes du larynx.

D'autres sont secondaires, la plupart du temps : sarcomes fasciculés, myxosarcomes, sarcomes télangiectasiques de l'orbite, du conduit auditif externe, de la caisse du tympan, sarcomes nasopharyngiens succédant à des tumeurs fibreuses ou consécutives à des sarsarcomes des fosses nasales, sarcome de la cornée et de la sclérotique, des voies lacrymales.

Chloroma ou sarcome secondaire, de coloration verdâtre due à la matière colorante du sang.

Quelques sarcomes, sans être extrêmement rares, ne sont pas néanmoins d'une fréquence telle que l'on puisse les compter parmi les tumeurs que l'on rencontre journellement : sarcomes de la parotide du palais (Tredenat et Vincent, Desprès et Coyne), de la mamelle, de la prostate (chez des sujets jeunes), qui offrent l'apparence d'hypertrophie quand la tumeur est contenue dans la loge, sarcomes du testicule qui, d'après Robin, prendraient naissance dans la queue de l'épididyme, pouvant affecter deux formes : sarcomes durs ou fibrosarcomes, sarcomes mous ou médullaires, sarcomes rétro-pharyngiens développés aux dépens des aponévroses de la région ou du corps thyroïde, sarcomes du rein en général limités à un seul rein, pouvant atteindre des dimensions énormes, tumeurs qui semblent se développer aux dépens du tissu conjonctif interstitiel et dont la variété la plus fréquente est le sarcome fusocellulaire.

Il y a enfin des sarcomes que l'on rencontre le plus fréquemment, ceux qui affectent en général une articulation, sarcome de l'épaule, de la hanche, du coude, qui sont la plupart du temps des ostéosarcomes et auxquels viennent se joindre : les sarcomes du fémur, du tibia, du bassin, du maxillaire et toutes les catégories de lymphosarcomes, particulièrement ceux de la région cervicale.

L'étiologie des sarcomes n'est point aujourd'hui encore nettement établie. On a incriminé les traumatismes, les irritations prolongées des tissus, l'hérédité. Franke a voulu en faire une maladie parasitaire dont le microbe pathogène se développerait dans les milieux acides. Les tumeurs sarcomateuses seraient analogues, pour certains, à la botryomycose, à l'actinomycose, voire même à la tuberculose.

Quelle qu'en soit la cause exacte, elle est encore loin d'être démontrée. Ce que l'on connaît, c'est l'évolution de la cellule atteinte : elle se gonfle, le noyau se divise et s'entoure de protoplasma (Reclus). Il y a une formation de cellules embryonnaires à accroissement central et plus tard périphérique quand les tissus voisins sont à leur tour envahis. D'où la division, dans le premier cas, en sarcome enkysté et, dans le second, en sarcomes diffus.

La symptomatologie de cette affection varie, bien entendu, suivant l'organe atteint, et le pronostic, bien que moins grave que celui

du carcinome, dépendra et de la tructure intime de la tumeur et de l'organe aux dépens duquel le sarcome s'est développé. Ce que l'on peut dire d'une façon générale, c'est que, quelle que soit la marche de l'affection, ces tumeurs offrent, pour ceux qui en sont atteints, un danger continuel. Il faut donc les traiter et le plus tôt possible.

La thérapeutique des sarcomes a été aussi variée que celle des épithéliomas. Tous les procédés de cautérisation ont été tour à tour employés dans le traitement de cette affection.

Dès la plus haute antiquité on s'est occupé du traitement de cette maladie, qui rentrait dans la division des tumeurs cancéreuses. En 1782, dans l'*Albert Moderne* ou nouveaux secrets éprouvés et licites, on recommande une médication qui nous paraît aujourd'hui bien anodine mais qui montre néanmoins que nos ancêtres savaient, ou tout au moins songeaient que les tumeurs cancéreuses étaient dues plus à une affection de l'état général qu'à une infection locale. Au point de vue documentaire il nous paraît intéressant de signaler le traitement conseillé dans l'*Albert Moderne* : « Après avoir tiré du bras du malade « quatre palettes de sang à deux reprises, don- « nez-lui chaque matin, pendant vingt jours, « un bouillon fait avec une demi-livre de moelle « de veau et une once de patience sauvage, « coupées à petits morceaux. Lorsque cette « racine et le veau seront presque cuits vous « jetterez dans le pot une poignée de chicorée « sauvage, de laitues, de bourrache, de buglose « et de scolopendre : vous passerez le tout et y « ferez fondre un gros de sel de Glauber et « vous purgerez tous les six jours le malade en « lui faisant prendre dans le même bouillon « deux onces et demie de manne et un gros de « sel végétal, etc...

Comme on le voit, cette médication s'adressait à l'état général. L'état local n'intéressait que fort peu l'auteur de l'*Albert Moderne*. Il ne s'occupe que des tumeurs du sein et conseille simplement l'application sur le sein d'une flanelle trempée dans une décoction émolliente pendant un mois : ensuite l'on mettra ce morceau dans de l'eau où l'on aura fait fondre une égale quantité de sel ordinaire et de sel ammoniac.

Et comme conclusion ceci : La malade doit observer un bon régime et, prendre des lavements pour tenir le ventre libre.

Depuis cette époque, la médication interne a été bien souvent essayée et, malheureusement, sans résultat aucun.

Tous les procédés de cantérisation ont été appliqués, depuis la pâte arsenicale jusqu'à l'acide azotique, le sulfate de zinc, le perchlorure de fer, les pointes de feu. L'électrothérapie sous ses diverses formes a été essayée. Tous ces traitements ont pu donner des résultats momentanés, des améliorations passagères. Ils n'ont donné aucun résultat définitivement remarquable.

Plus récemment, on a injecté aux porteurs de sarcomes un certain nombre de sérums, presque tous à base d'arsenic ou de sels de cuivre, des antitoxines variées. Les résultats signalés comme favorables par les auteurs et propagateurs de ces procédés, n'ont pas donné, aux mains d'expérimentateurs dépourvus de parti pris, les résultats espérés.

La fulguration et l'électro-coagulation ont paru, il y a quelques années, devoir modifier le pronostic des affections cancéreuses et sarcomateuses. Il a fallu malheureusement déchanter et aujourd'hui bien peu nombreux sont les Electrologistes qui conseillent l'application de ces méthodes. La chirurgie a à son actif un certain nombre de résultats heureux. Mais combien des récidives nécessitent de nouvelles interventions ! avec bien souvent un pronostic fatal.

Le traitement radiographique du sarcome a un grand nombre de succès à son actif ; je ne veux point dire que ce traitement est spécifique de l'affection. Il y a, et nous le constatons trop souvent, des insuccès, mais du moins sans provoquer chez le malade cette émotion morale, sans accuser de traumatisme grave de l'état général. Ce traitement a l'avantage de procurer, sinon toujours une guérison, du moins, la plupart du temps, une amélioration d'assez longue durée, un arrêt du processus pathologique. Il est bien rare en effet qu'il n'y ait pas régression de la tumeur, amélioration de l'état général. Le malade se défend mieux, il engraisse et voit ainsi, s'il n'arrive pas une à guérison définitive, se modifier avantageusement son état avec l'espoir d'une guérison possible.

Quelques observations personnelles que nous avons pu recueillir pourront vous montrer les résultats obtenus.

Le traitement appliqué à ces malades a été fait avec une installation Rochefort Gaiffe, alimentée par le courant continu à 250 volts.

Il a consisté en l'application de rayons durs 7-8 Benoist avec une intensité de 2 milliampères pendant 30 minutes. La dose de rayons X absorbée a dû être, dans chaque séance, égale à 10 H. (unités Holschneck).

Les rayons étaient filtrés au moyen d'une lame d'aluminium de 1 m/m 5 épaisseur. La distance de l'anticathode à la région traitée était de 20 c/m environ. Nous nous sommes servis de tubes Drissler, genre Rosenthal.

OBSERVATION I (*Sarcome de l'épaule*)

Paul C..., 19 ans, employé de commerce, s'est aperçu depuis 1905 de l'augmentation de volume de la masse musculaire située au niveau de l'omoplate gauche. Il ne prêta pas beaucoup d'attention, au début, à cette anomalie qu'il attribua aux exercices physiques qu'il faisait : foot-ball et bicyclette. Cette tumeur tout à fait indolore augmenta particulièrement en 1906. Il consulta un médecin qui me l'adressa, demandant une radiographie de l'épaule gauche. Le cliché ne décéla aucune lésion articulaire ni osseuse, mais un flou caractéristique était nettement appréciable au niveau de l'omoplate. A l'examen clinique on trouvait une adénopathie axillaire assez marquée à gauche (rien à droite). Il n'y avait rien du côté du cou et du menton. Le bras n'était gêné dans aucun de ses mouvements, n'était pas gonflé, l'état général était excellent. Un chirurgien consulté porta, lui aussi, le diagnostic de sarcome et proposa une intervention. Ce procédé thérapeutique effrayant la famille du jeune malade, le médecin traitant me pria de lui appliquer quelques séances de radiothérapie.

C'est en septembre 1906, deux mois environ après l'époque où je fis la radiographie, que je vis le jeune Paul C... ; à ce moment il ne présentait rien d'anormal si ce n'est quelques ganglions axillaires relativement peu développés. La masse du trapèze était considérablement augmentée de volume.

J'instituai un traitement radiothérapique à raison de trois séances par semaine. Au bout de 8 à 10 séances je pus constater que la tumeur se flétrissait. J'interrompis le traitement durant deux mois, bien que le malade ne présentât aucune trace de radiodermite. En décembre 1906, il revint me voir et j'eus le plaisir de constater que la masse néoplasique avait totalement disparu. Seuls persistaient quelques ganglions axillaires. Je fis sur cette région trois séances de radiothérapie espacées de 8 jours.

En février, nouvelle visite de mon jeune client qui me parut tout à fait rétabli ; je lui ai néanmoins conseillé de veiller à son état général et au moindre début de récidive de venir me trouver.

En décembre 1912 il revint me consulter, très inquiet d'une légère adénopathie inguinale qu'il présentait depuis quelques jours. Depuis février 1907 il avait fait normalement deux ans de service militaire sans ressentir, malgré les moments assez pénibles qu'il avait passés (2 ans en Algérie), aucune nouvelle atteinte. L'adénopathie qu'il présentait à ce moment était due à une affection vénérienne contractée il y a peu de temps. Ceci n'offrait aucun doute. Le médecin qu'il consulta à ce sujet le traita ainsi qu'il convenait et tout rentra dans l'ordre. Depuis janvier 1907 la guérison de ce malade se maintient parfaite à tous les points de vue.

OBSERVATION II (*Sarcome du maxillaire*)

Madame L..., cinquante ans, m'est adressée par un confrère, pour radiographie du maxillaire inférieur droit. Depuis quelques mois elle constatait la présence d'une nodosité intra-buccale à un endroit où, deux ans auparavant, deux dents avaient été extraites. Peu à peu cette tumeur augmenta de volume, envahit la paroi externe du maxillaire et cette dame constata que « sa joue enflait ».

La radiographie ne donna qu'un léger épaississement de l'os et autour un flou dû à la plus grande épaisseur des tissus.

Une intervention chirurgicale proposée fut repoussée par la malade. Elle consulta un nombre considérable de confrères dont les uns lui conseillaient l'intervention, d'autres lui vantaient des procédés spéciaux capables de la guérir parfaitement. Ne voulant point d'intervention sanglante, elle se soumit à un traitement par piqûres ! *loco dolenti*. Qu'étaient ces injections! je ne sais, probablement quelque solution arsenicale !

Quatre mois après le moment où je pratiquais la radiographie, la malade revint me trouver me demandant, sur les conseils de son médecin consultant, de lui appliquer le traitement radiothérapique dont son médecin et moi-même lui avions parlé quelques mois auparavant. A ce moment, je constatais une masse du volume d'un œuf ayant envahi tout le maxillaire inférieur droit avec ganglions sous-maxillaires très volumineux.

Toute cette masse tant néoplasique que ganglionnaire était dure, ligneuse, adhérente au plan profond.

En outre, la malade se plaignait de vives douleurs à ce niveau et sur le trajet du facial. Elle accusait de la gêne pour la mastication, de la difficulté à parler et à ouvrir la bouche. Ce n'est que sur les instances de sa famille et de son médecin traitant que je commençai le traitement.

Je fis quelques séances de radiographie (5 ou 6) sans observer de grande amélioration ; la peau qui était tendue et rouge se perfora et la tumeur, moins contenue à l'intérieur, parut sensiblement augmentée de volume. A ce moment les douleurs s'atténuèrent considérablement. Au bout de deux séances suivantes la tumeur s'aplatit légèrement. Je ne revis plus la malade ; elle était dans un état cachectique assez avancé et le pronostic fatal que j'avais porté avant de commencer le traitement fut en tout point confirmé.

OBSERVATION III (*Ostéo sarcome du fémur*

Louis B..., vingt-cinq ans, employé des postes, vient nous consulter pour une grosseur qu'il a remarquée depuis quelques mois au niveau de la face antérieure de la cuisse droite. Il ne présentait aucune douleur et se plaignait seulement de cette grosseur qui

évoluait assez rapidement. A l'examen, cette tumeur apparaissait profonde, adhérente ; la radiographie décéla une augmentation de volume de l'os et surtout du périoste, lésion sans contour bien net ; un chirurgien avait porté le diagnostic d'ostéosarcome que confirma la radiographie.

Un traitement radiothérapique institué aussitôt, au bout de 8 séances a donné un résultat très appréciable.

Le traitement institué d'une façon régulière a été fait à raison d'une séance tous les huit jours. Deux mois après nous avons constaté une modification complète de l'état local. La tumeur avait considérablement diminué de volume et la cuisse droite offrait le même volume que la cuisse gauche.

Revu un an après, le malade était en parfait état. Aucune augmentation de volume n'était visible pour le membre précédemment atteint. Il n'avait plus aucun trouble, son état général était parfait.

Observation IV (*Sarcome du corps thyroïde*)

Madame B..., 63 ans, cultivatrice, est adressée au service de Radiologie de l'Hôpital Saint-André pour radiothérapie de la région thyroïdienne.

Cette malade présentait, au moment où nous la vîmes pour la première fois, en février 1910, une augmentation considérable du corps thyroïde qui n'offrait nullement l'apparence d'un goitre. Elle étouffait, ne pouvait rester dans le décubitus dorsal; aussi, lors de nos premières séances de radio bérapie, dûmes-nous faire les séa ces de très courte durée. Le pronostic porté chez cette femme était fort grave, la trachéotomie avait été envisagée comme la seule intervention pouvant la soulager.

Elle présentait une augmentation assez considérable du corps thyroïde, tumeur dure, adhérente aux plans profonds, la malade respirait pas saccades, ne pouvait parler que difficilement, son état général était très affaibli, elle ne s'alimentait plus, c'est à peine si quelques liquides pouvaient être ingérés.

Nous lui fîmes de nombreuses séances de radiothérapie et nous eûmes le bonheur de voir peu à peu disparaître les troubles fonctionnels qu'elle présentait.

Un an après, la tumeur avait totalement disparu. La malade s'alimentait normalement, son état général s'améliorait, elle reprenait ses froces et nous la réadressâmes au service de laryngologie où notre collègue la revit et confirma en tous points le résultat que nous avions obtenu. Depuis cette époque cette malade a été régulièrement suivie; nous la traitons en effet pour des épithéliomas cutanés multiples qu'elle présentait.

Aujourd'hui, c'est-à-dire plus de 3 ans après le commencement de l'affection pour laquelle nous la traitâmes, elle jouit d'une parfaite santé. Du côté de la tumeur intra et extra, nous ne trouvons aucun phénomène pathologique et je crois que nous pouvons la considérer comme parfaitement guérie.

Observation V (*Osteo Sarcome du bassin*)

Pierre X..., 68 ans, nous est adressé par un de nos confrères. Il est entré à l'Hôpital Saint-André pour un ostéo-sarcome du bassin datant de quelques années et pour lequel tous les traitements médicaux avaient été essayés sans aucun résultat. Le traitement chirurgical n'avait point été jugé profitable au malade par les différents chirurgiens qui l'avaient examiné.

Nous appliquâmes chez ce sujet, qui présentait une augmentation considérable de volume de la région de la hanche gauche, le traitement radiothérapique. La tumeur faisait une saillie énorme et en avant et en arrière et sur le plan latéral. Chaque fois une d mi-heure de radiothérapie fut faite à Pierre X... On alternait les régions irradiées.

Au bout de 6 séances, c'est-à-dire d'une semaine de traitement, la tumeur s'affaissa un peu. On continua le traitement et les douleurs s'atténuèrent. Il put se passer d'injections de morphine qui étaient son calmant journalier. Mais l'état cachectique du malade empêcha son transport au service de radiologie. Etant donné cet état et l'âge du sujet, nous n'avons pu obtenir ici un résultat appréciable.

Observation VI (*Lymphosarcome du cou*)

Marie S..., 29, corsetière, a constaté en 1905 l'apparition, dans la région sus-claviculaire d'un ganglion dur et mobile du volume d'une noisette, douloureux à la pression. Quelques mois après apparurent des ganglions au pli inguinal et quant au mois d'octobre 1907 la malade fut envoyée par le Dr Dumur au service de Radiothérapie de l'Hôpital Saint-André, nous pûmes observer que la malade présentait au niveau du cou une tumeur du volume d'un œuf de pigeon.

L'observation de cette malade a été publiée dans la thèse de mon excellent ami le Dr Lucas en 1909. Notre confrère concluait ainsi : l'état de la surface néoplasique s'est complètement amélioré. On ne constate la présence d'aucun bourgeon cancéreux, la surface cruentée est dim nuée des deux tiers, la fétidité des pansements a disparu, la malade a recouvré les forces et l'appétit; depuis cette époque un nombre considérable de séances de radiothérapie lui ont été appliquées. Peu à peu les troubles pathologique qu'elle présentait ont disparu. L'état général s'est amélioré lentement mais d'une façon régulière. Nous la vîmes récemment par pur basard et nous eûmes le plaisir de constater que, un an 1/2 après qu'elle eût cessé tout traitement, son état local et son état général sont en parfait état.

Les bénéfices que nous avons pu tirer de la radiothérapie dans cette affection grave qu'est le sarcome sont intimement liés et dus à la grande loi radiothérapique qui dit que plus la cellule est jeune plus elle est susceptible d'être détruite par les rayons X. Or, nous savons que la cellule sarcomateuse est une cellule à développement rapide, quelle que soit la catégorie à laquelle appartienne la tumeur.

Se développant rapidement elle appartient donc à un processus jeune, et par suite est plus vivement atteinte par les rayons X. Dans cette affection la division karyokinétique a atteint son summun ; aussi plus le traitement sera appliqué dès le début de l'affection, plus les chances de guérison seront certaines, plus le pronostic sera satisfaisant.

Ce que nous avons dit dans des travaux antérieurs sur les traitements des lésions médullaires, sur les néoformations cellulaires s'applique ici à la cellule sarcomateuse. Bien que l'affection soit différente, le traitement est identique et les conclusions sont les mêmes.

Conclusions

1° Les rayons X ont une action d'autant plus certaine sur les sarcomes et les ostéosarcomes que ces tumeurs sont de date plus récente, que les malades sont soumis au traitement roentgenien dès le début de l'affection, aussitôt qu'elle est diagnostiquée.

2° Il ne faut pas attendre le moment où l'intervention chirurgicale est impossible on contre-indiquée pour appliquer la radiothérapie ; néamoins, le malade étant opéré et présentant les premiers indices d'une récidive, les rayons X peuvent encore avoir une action certaine et donner un résultat satisfaisant.

Nous conseillons personnellement d'appliquer le traitement rœntgenien aussitôt l'intervention chirurgicale pratiquée, de façon à éviter toute récidive. Dans ce dernier cas on aurait les plus grandes chances d'obtenir une guérison définitive. En un mot le traitement des sarcomes le plus utile au malade peut être anjourd'hui résumé en cette formule : Traitement radiothérapique appliqué dès le début de l'affection ou, au pis aller : traitement chirurgical immédiatement suivi du traitement radiothérapique (1).

Mortalité infantile et Alimentation DES NOURRISSONS

Au cours de l'été 1911, la mortalité infantile par diarrbée atteignit au Havre des proportions plus qu'inquiétantes. M. le Dr Loir, (du Havre), remarqua que les nourrissons élevés avec les meilleurs soins d'hygiène mouraient tous, tandis que ceux qui se trouvaient dans les plus défectueuses conditions de logement ou de propreté survivaient ou même n'étaient pas malades. Les premiers étaient nourris avec des laits de première qualité, bouillis et stérilisés ; les seconds étaient alimentés avec du lait condensé préparé au moment de la tétée, tandis que le lait donné aux autres avait le temps de se réinfecter avant usage. M. Loir qui jusqu'alors avait toujours considéré le lait condensé comme du lait de qualité inférieure, se mit à l'étudier. Il en obtint les meilleurs résultats chez ses nourrissons ; les expériences faites sur sa demande à l'hôpital du Havre furent couronnées de succès (Thèse Lorion, Paris 1912). Considérant qu'il est capital d'alimenter le petit enfant avec du lait *propre*, il conseille donc, à défaut d'un lait de garantie absolue stérilisé chaque fois au moment même de s'en servir, ou dans des conditions d'hygiène ou de propreté ambiante défectueuses, de préconiser l'emploi d'un lait condensé, qu'il faut avant tout se bien garder de confondre avec les farines lactées, produit des plus nocifs pour le nourrisson.

REVUE CLINIQUE

Pneumotorax tuberculeux et abcès froid pleural

Par les Docteurs PERRIOL et DOUVIER

Nous apportons ici l'observation d'un malade dont l'histoire, très banale au début, ressemble à celle de la plupart des tuberculeux pulmonaires. Mais au moment le plus pénible, à la période cavitaire, quand tout espoir était perdu par le malade, l'entourage et le médecin, un incident dramatique, un pneumothorax, change la face des choses et cet accident, qui pouvait être terminal, marque le point de départ d'une lente mais véritable résurrection.

M. X..., âgé maintenant de 35 ans, à été malade pour la première fois, au mois d'octobre 1900, Il avait été indemne jusque-là de toute affection grave, car il est issu d'une famille de gens vigoureux et hien portants et vit dans un milieu sain. En 1900 donc, il fut atteint d'une congestion pulmonaire, d'une pneumonie, dit-il, bientôt suivie d'une pleurésie. Il garda le lit un mois, durant lequel on appliqua une série de vésicatoires. Après une convalescence d'environ cinq semaines, il se trouva complètement rétabli de

(1) Soc. franc. d'électrothér. et de radio. médic.

cette première alerte. Mais ce n'était là qu'une apparence, car voici ce qu'écrit notre patient qui nous raconte lui-même les incidents les plus remarquables de son intéressante observation.

« Comme toujours en pareille circonstance, les plus grandes précautions me furent recommandées et j'avoue qu'au bout d'un certain temps je ne tins peut-être pas suffisamment compte des conseils qui m'avaient été donnés et commis même quelques excès, si bien que la fin de l'année 1903 ne me vit pas dans une situation très brillante. En janvier 1904, je dus cesser tout travail et un médecin appelé diagnostiqua une bronchite qui n'était pas des plus rassurantes. Moi-même, je sentais mes forces s'en aller, l'appétit disparaître et la toux devenir plus fréquente.

« Le 14 février suivant, mes parents, très alarmés, firent venir de Grenoble un médecin consultant qui se montra des plus pessimistes et leur donna très peu d'espoir. Au mois d'avril, une laryngite se déclara et vint encore compliquer ma situation. En quelques jours ma voix devint si basse que je n'arrival plus que très difficilement à me faire comprendre. Je fis quelques visites à un spécialiste de la gorge qui déclara ne pas pouvoir me rendre la voix avant un an. A cette époque, je suivais donc les ordonnances de ces docteurs et différents médecins consultés considéraient unanimiement ma situation comme désespérée.

« Tout à coup, dans la nuit du 3 au 4 juin, je fus brusquement éveillé par un malaise extraordinaire. Ma respiration était devenue impossible et j'étais obligé de me tenir assis sur mon lit, ne pouvant supporter aucune autre position. Après que l'on m'eut appliqué quelques ventouses, je me sentis un peu mieux, mais *pendant huit jours on fut obligé de m'éventer surtout la nuit.* Quoique ma fièvre atteignît parfois 40°, je ne pouvais pas rester au lit, me trouvant mieux dans un fauteuil. Le côté malade était devenu bien plus gros que l'autre et le poumon était immobilisé, me dit-on.

« Je restai un mois sans aller ailleurs que de ma chambre à un fauteuil placé dans le jardin, puis un mieux qui semblait se manifester depuis quelques jours déjà devint plus sensible et je pus faire quelques centaines de mètres de promenade.

« Le docteur dit alors sa pensée : Il s'était produit un pneumo-thorax qui, au lieu de m'emmener comme c'était à prévoir, avait amené une amélioration qui devait se continuer et dés lors il y avait lieu d'espérer. En effet, mon état général s'améliorait chaque jour et le son de ma voix qui avait à peu près disparu semblait revenir. Ce fut une résurrection. Je prenais du poids d'une façon très régulière et en moins de trois mois je parlais avec autant de facilité qu'avant ma maladie. Sur les instances de mon médecin, j'allais à Grenoble le 5 septembre. Je vis d'abord le spécialiste de la gorge qui, quoique avisé de mon état par son collègue, se montra très surpris d'une amélioration aussi rapide. Son confrère qui était venu chez moi en consultation me déclara qu'il y avait dans le côté droit une certaine quantité d'eau et qu'il serait utile de l'en retirer sous peu. Néanmoins, il se montra satisfait de mon état général. Quelques jours après je ressentis dans le côté droit une nappe d'eau qui se déplaçait lorsque je faisais un mouvement en étant penché en avant. C'est alors que l'on commença l'application d'une série de vésicatoires et autres mouches de Milan. J'en fus couvert pendant plus de six mois d'une façon assez régulière. Malgré cela, j'allais toujours au progrès et au printemps 1905 mon poids qui, le 24 juillet précédent. était de 60 *kilos était passé à* 75. Mon côté droit était resté plus gros que l'autre et un effort ou une marche en côte m'essoufflaient beaucoup. Malgré cela je passais mes journées assez gaiement et, après être resté deux mois à la campagne, je pesais 77 kilos à la fin de l'année 1905.

« Les années 1906 et 1907 me virent dans un état à peu près stationnaire. Je pouvais jardiner mais très peu car j'étais toujours essoufflé et le moindre effort gênait ma respiration et m'obligeait à me racler la gorge à des intervalles parfois très rapprochés. Je toussais surtout le matin, mais non d'une façon exagérée et voyais mon médecin de loin en loin pour qu'il pût se rendre compte de mon état. Enfin, je me considérais comme un impotent et prenais mon sort en philosophe ! Je tâchais de couler mes jours le plus simplement possible. persuadé que j'étais de ne plus pouvoir reprendre le travail.

« A la fin de l'année 1907, je ressentis dans tout le côté droit des douleurs qui se fixaient tantôt au sein, tantôt dans le dos, tantôt à la hanche. Le docteur, consulté, déclara ces douleurs dues à mon état nerveux et l'année 1908 passa là-dessus.

« Cependant, je me rendais compte de ne plus aller au progrès, j'étais moins fort, plus essoufflé, avec moins d'appétit, et mon poids diminuait. L'année 1909 arriva de la sorte et au mois de février je devins très malade. Le docteur appelé diagnostiqua une bronchite qui, heureusement n'avait rien à voir avec mon ancienne affaire, mais comme chez moi un rien pouvait devenir dangereux, il ordonna les plus grands soins. A ce moment déjà mon côté droit semblait avoir grossi sensiblement, mais le docteur m'ayant rassuré et parce que je me sentais mieux au bout d'un mois, je repris ma vie ordinaire, mais de plus en plus péniblement. J'avais conservé une toux accentuée et j'éprouvais un continuel besoin de me racler la gorge. Enfin, je ne pouvais plus rester un quart d'heure debout sans ressentir de violentes douleurs dans le côté droit.

« Au mois de juin, en m'habillant et me trouvant devant une glace, je m'aperçus que mon côté avait grossi d'une façon démesurée. »

Le médecin consulté par ce malheureux lui déclara, après avoir fait une ponction exploratrice, qu'il y avait beaucoup de pus dans sa plèvre droite et qu'une opération pouvait être nécessaire. C'est pourquoi notre patient, très désireux de voir le Dr Perriol, entra à la clinique le 25 juin 1909, où nous l'examinâmes ensemble.

C'était à cette époque un homme grand, maigre, pâle, les joues creuses et les yeux brillants. L'état général paraissait médiocre, bien que la fièvre fut modérée, oscillant entre 37.5 et 37.8. Les urines ne contenaient pas d'albumine. A l'inspection du thorax, on constatait une véritable difformité de toute la moitié droite qui faisait une voussure considérable. La percussion révélait une matité de bois dans toute la hauteur du thorax en arrière, sur le côté et même en avant. Seule une petite zone à peine grande comme le creux de la main était un peu sonore tout contre le bord droit de la première pièce du sternum.

La ponction exploratrice ramenait du pus franc bien lié, jaune verdâtre, d'allure louable. C'était bien une énorme pleurésie purulente.

Le foie était abaissé et dépassait de deux travers de doigt les fausses côtes. Le poumon gauche fonctionnait normalement, et on remarquait seulement une respiration plus bruyante, plus soufflante, mais sans frottements, sans râles, sans craquements au sommet. Le cœur et les autres organes ne présentaient rien de particulier.

Ce que le malade ne nous disait pas dans son auto-observation, mais ce qui nous frappa d'emblée, c'était son essoufflement pénible, sa voix rauque, sa mauvaise mine, qui faisait dire à quelque infirmière. Quelle figure de poitrinaire !

Allait-on faire un empyéme à ce malheureux ? C'était à discuter, puisque la pleurésie était purulente, très abondante, compressive, mais heureusement à droite. L'opération était facile : mais que donnerait-elle comme résultat chez ce cachectique tuberculeux ? Le poumon était réduit à presque rien ; c'était un moignon en haut et en dedans, gros comme deux poings peut-être, jamais il ne viendrait aux côtes et alors on serait obligé de faire une résection costale formidable, à laquelle il ne résisterait probablement pas.

Bref, le Dr Perriol jugea qu'il valait mieux soigner cet abcès froid pleural comme on le fait pour tous les abcès froids, sans les ouvrir, sans les infecter secondairement : ne pas transformer cette tuberculose fermée en tuberculose ouverte et raisonner pour cette séreuse pleurale comme pour une séreuse articulaire quelconque, genou ou hanche, la traiter par les ponctions, l'aspiration du liquide et l'injection de diverses substances modificatrices.

Alors commença une longue série de soins dont nous ne vous imposerons pas tout le détail. Une première série de cinq ponctions fut faite en dix jours pendant que M. X. restait couché à la clinique. Chacune ramena près de 2 litres de pus, c'est dire la rapidité avec laquelle se reformait ce liquide : nous n'arrêtions l'aspiration qu'aux symptômes vagues de malaise accusés par le patient ou à l'apparition de traces de sang.

La sixième ponction, faite vingt jours après, permit de ramener 2 litres 1/4 de liquide.

Le 26 juillet 1909, vers la sixième ponction, le malade pesait 66 kilogrammes : le 1er janvier 1910 l'état général était tellement amélioré que l'augmentation de poids atteignait 14 kilogrammes. Notre cachectique devenait un gros homme de 80 kilogrammes.

Mais les ponctions ramenaient toujours beaucoup de pus, 1 litre 1/2 au moins chaque fois. La quinzième ponction était pratiquée le 8 octobre 1910 et on notait que le liquide aspiré ce jour-là était jaune-brun ressemblant à du pus hépatique presque clair. Mais l'analyse avec de l'acide azotique montrait qu'il n'y avait pas de pigments biliaires ; c'était une transformation de pus qui devenait moins épais, mais se colorait par un peu de sang altéré.

A la seizième ponction on injecta quelques gouttes d'alcool iodé, et ce jour-là un peu d'air rentra dans la plèvre pendant qu'on ajustait la seringue. A la dix-septième et dix-huitième ponction le liquide était un peu moins abondant, s'était reformé moins vite, on injecta 8 centimètres cubes de liquide de Calot (iodoforme créosoté) dans la plèvre.

Chose remarquable : A la dix-huitième ponction le liquide était plus clair, moins abondant. A la dix-neuvième ponction, trois mois plus tard, on n'aspirait que 3/4 de litre de liquide à peine trouble. Le liquide de Calot a fait merveille.

Et depuis, aucune ponction ne fut faite, car les signes d'auscultation avaient complètement changé. En effet, le poumon se déplissant peu à peu, nous avait laissé percevoir, dès la dixième ponction, une sonorité plus étendue en avant, la limite atteignant bientôt le mamelon droit ; en arrière la fosse sus-épineuse devenait sonore et la respiration s'y entendait.

Avant chaque ponction nous constations une plus grande netteté et une plus grande étendue de la zone de sonorité, où le murmure vésiculaire se faisait même entendre. Après dix-neuf ponctions on notait de la submatité sur tout le côté droit, mais l'auscultation était possible dans toute la hauteur du poumon et, depuis la fin de 1911, l'état général et local est sensiblement le même qu'à présent. Comme vous le voyez, la guérison obtenue se maintient. Cet homme de bonne mine, gras, fort, vigoureux, travaillant régulièrement comme employé d'usine, ne présente pas de déformation importante du thorax. pas de sclérose pleurétique.

Vous trouverez à l'examen de sa poitrine de la submatité à droite (par épaississement de sa plèvre), des vibrations thoraciques perceptibles dans toute la hauteur du thorax, le murmure vésiculaire normal dans toute la même région. Quant au côté gauche tout y a été et y est encore normal : la respiration y paraît plus bruyante par suppléance et aussi peut-être par coutraste.

Une curiosité singulière réside dans la présence

de battements cardiaques *à droite* du sternum dans le cinquième espace intercostal. L'auscultation de ce point permet de constater que le cœur s'est déplacé en totalité vers la droite par une translation probable de tout le médiastin attiré du côté où s'exerçait après les ponctions une pression négative assez forte qui tendait à aspirer en quelque sorte la paroi la plus souple et la plus mobile. Mais la pointe du cœur bat toujours à gauche à 4 ou 5 centimètres du sternum. Cette dextrocardie acquise n'est que partielle chez cet homme.

Telle est la longue et singulière histoire de ce tuberculeux qui, au moment le plus critique de sa maladie, fut victime d'une terrible complication, généralement fatale, d'un pneumothorax spontané qui le guérit de sa bronchite chronique et permit aux lésions bacillaires de se cicatriser aussi bien sinon mieux que ne l'eût fait un pneumothorax artificiel selon la méthode de Forlanini. Puis une pleurésie énorme remplaça cet épanchement gazeux, et après de nombreux mois on découvrait sa purulence. Le traitement très prudent de cette sorte d'abcès froid pleural par des ponctions et des injections modificatrices a permis d'obtenir le résultat inespéré que vous voyez, où la guérison s'accompagne d'un fonctionnement très convenable du poumon droit, qui pourtant paraissait définitivement annihilé et qui est redevenu souple, élastique et donne à l'oreille un murmure vésiculaire normal (1).

REVUE DE PATHOLOGIE

La Scarlatine chez les enfants de moins d'un an

M. le Dr L.-B. Axenor a fait les remarques suivantes basées sur l'observation de 11.481 enfants atteints de scarlatine qui, de 1907 à 1912, furent soignés à l'hôpital des Enfants-Malades de Saint-Pétersbourg.

1° La scarlatine est rare chez des nourrissons, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants âgés de moins de 6 mois ; au-dessous de 3 mois, la scarlatine est très rare ;

2° Il y a plus de malades parmi les garçons que parmi les fillettes, ce qui s'observe, d'ailleurs, pour la généralité des scarlatineux ;

3° Il y a plus de cas de complication parmi les enfants âgés de plus de 6 mois que parmi ceux âgés de moins de 6 mois, mais l'évolution est plus grave chez ceux-ci que chez ceux-là ;

4° L'angine gangréneuse est la complication la plus dangereuse, la lymphadénite la plus fréquente ;

5° Voici à quoi se ramènent les différences dans l'évolution de la maladie chez les deux groupes d'enfants (nourrissons et enfants plus âgés).

a) Le poids du corps cesse d'augmenter, mais il ne baisse pas dans les cas favorables ; il a une tendance vers la diminution seulement dans les cas auxquels est réservée une issue fatale.

b) Les nourrissons ont moins de fièvre et moins de jours fébriles ; avant la mort, on observe une chute rapide de la température.

c) L'évolution de la maladie est plus rapide. Ceci est dû à la réduction de la période d'éruption et de la période de desquamation.

d) Ni l'éruption, ni la desquamation ne sont très intenses ; l'intervalle entre les deux périodes est plus long qu'à l'ordinaire.

e) Les complications sont rarement isolées ; le plus souvent elles sont associées entre elles.

f) Les complications se succèdent plus rapidement l'une à l'autre et, la néphrite mise à part, elles sont précoces.

g) A part la néphrite et l'arthrite, toutes les autres complications s'observent plus fréquemment et sont d'une évolution plus grave.

h) Les néphrites et les arthrites sont exceptionnelles.

i) L'évolution de la maladie est ou bien très grave, ou bien très bénigne ; les cas de gravité moyenne sont très rares.

k) En général, la scarlatine est plus dangereuse aux nourrissons qu'aux enfants plus âgés.

l) Le sérum de Moser est moins efficace chez les nourrissons que chez les enfants plus âgés.

Réactions sanguines permettant de mesurer la résistance aux anémies par hémorragie

par V. WALLICH et P. ABRAMI

Il semble possible d'évaluer l'importance de l'anémie consécutive à un hémorragie, en comparant le chiffre des globules rouges à certaines modifications du sang, qu'on peut classer en trois degrés : Dans un premier degré, répondant à une énergique résistance, la réparation se traduit par des signes précis qui sont : l'inégalité des globules, les hématies granuleuses, et la sensibilité de quelques hématies aux doubles colorations. Dans un second degré, marquant une réaction plus pénible s'ajoutent les déformations globulaires. Dans un troisième degré, on note en plus la présence d'hématies nucléés.

Dans le domaine médico-chirurgical, ces réactions trouveront surtout leur application dans les cas où le traitement de l'hémorragie peut comporter une intervention chirurgicale, comme dans l'ulcère de l'estomac, les fibromes, les hémorroïdes. Le degré de la réaction sanguine marquera alors l'opportunité, l'urgence ou l'inutilité de l'intervention.

MM. Wallich et Abrami ont déjà appelé l'attention sur l'utilité de ces réactions dans le domaine obstétrical, où elles peuvent servir de guide et marquer le moment d'une intervention quand les hémorragies par leur abondance ou leur répétition font discuter l'interruption de la grossesse.

REVUE DE CHIRURGIE

Traitement de l'appendicite aiguë au début de la crise

Par M. le Dr SAVARIAUD
Chirurgien de l'hôpital Trousseau

Depuis que je suis à la tête d'un service de chirurgie infantile, où viennent succomber, tous les ans, de 15 à 20 enfants atteints de péritonite appendiculaire, j'ai fait des efforts constants pour diminuer la mortalité de cette terrible maladie.

A la fin de chaque année, je fais la statistique détaillée des malades reçus, tant pour mon instruction personnelle que pour celle de mes élèves et, la comparant à celles des années précédentes, je me demande si je suis dans la bonne voie, ou s'il ne convient pas de modifier, dans un sens ou dans un autre, mes indications ou ma technique opératoires.

Or, depuis ces quatre années, où chaque cas est l'objet d'une discussion entre mes élèves et moi, j'ai eu la satisfaction de voir la mortalité générale, d'abord énorme, tomber de 32 à 15 0/0. Sans doute, ce chiffre de 15 0/0 est encore bien considérable, mais il le paraîtra moins quand on voudra tenir compte de la gravité des cas qui nous sont envoyés. Sur 363 malades dont se compose ma statistique, je note, en effet, 123 cas de péritonite diffuse, dont quelques-unes si graves que les sujets sont morts quelques heures après leur arrivée à l'hôpital sans avoir été l'objet d'aucune sorte d'intervention.

J'ai donc lieu de me montrer satisfait de l'amélioration de nos résultats. Mais cette constatation pure et simple ne nous dit pas à quoi je suis redevable de ce progrès, si c'est à un changement de technique ou à un changement dans mes indications opératoires.

A la vérité, il est difficile de dire, *a priori*, à laquelle de ces causes il faut attribuer le plus d'importance, et même, en y réfléchissant beaucoup, cette difficulté reste la même, parce que, en même temps que je modifiais mes indications thérapeutiques, je perfectionnais ma technique et je faisais petit à petit l'éducation de nos collaborateurs, internes et personnel infirmier.

Malgré cela, je crois pouvoir affirmer que la meilleure part dans nos succès revient à ce que je suis devenu de plus en plus interventionniste en matière d'appendicite récente ; non seulement je ne temporise plus dans des cas sérieux où j'attendais autrefois, mais je suis même devenu interventionniste dans des cas en apparence légers, et toujours, ou presque toujours, la gravité des lésions constatées et, qui mieux est, la simplicité des suites opératoires, m'ont engagé à persister dans cette voie.

Je suis bien loin toutefois de considérer le problème comme résolu. L'appendicite est une maladie trop polymorphe, les cas que l'on est exposé à rencontrer sont trop différents les uns des autres pour qu'on puisse poser des règles sans exceptions.

Je crois toutefois que dans le milieu que j'ai en vue, c'est-à-dire le milieu hospitalier, où les formes graves abondent, où les enfants ne peuvent être à domicile l'objet d'une surveillance *éclairée* de tous les instants, l'expectative armée est une forme de traitement qui, certes, a pu rendre des services à une époque, mais qui doit céder le pas, à l'heure actuelle, à l'opération aussi rapide que possible, dans les conditions que je vais examiner tout à l'heure.

Les résultats de ma statistique, en tout cas, sont en parfait accord avec ce qui précède. Tandis, en effet, que le nombre des malades mis en observation avec la glace sur le ventre est resté remarquablement stationnaire (pendant ces quatre années il a constamment oscillé entre 33 et 36), celui des malades opérés le jour même de leur entrée ou dans les quelques jours qui ont suivi s'est successivement accru (passant de 39 à 46, 51 à 68).

Or, tandis qu'au début la temporisation était le traitement de choix pour tous les malades qui n'étaient pas en état de péritonite généralisée en voie d'accroissement, nous avons aujourd'hui renversé la formule et nous avons par principe *étendu l'indication opératoire à tous les malades qui peuvent être opérés sans danger.*

Ce qui nous guide dans cette appréciation, c'est surtout le temps écoulé depuis le début apparent de la maladie. Nous savons que, dans les premières heures, l'appendice est libre d'adhérences, ce qui rend possible une extirpation aseptique ; nous savons aussi que, dans cette période, règne l'incertitude la plus absolue sur les suites probable de l'affection ; c'est pourquoi il nous a paru logique, après tant d'autres, de pratiquer l'opération précoce.

Je ne m'abstiens d'opérer que si je prévois des difficultés résultant d'adhérences anciennes ou récentes, soit que la crise actuelle date déjà d'un nombre trop considérable d'heures, soit qu'elle ait été précédée peu de semaines auparavant d'une crise assez grave pour avoir créé des adhérences solides et surtout un commencement de suppuration non encore résorbée.

C'est dire que je ne suis point systématiquement et aveuglément interventionniste. J'ai toujours soin d'étudier attentivement le terrain avant de m'y aventurer. Je crois très sincèrement

(1) Soc. de médec. et de pharm. de l'Isère.

que les perfectionnements de la technique autorisent une conduite plus hardie que celle qui a réussi à nos devanciers, mais je crois qu'une formule trop large et trop élastique, outre qu'elle aurait pour conséquence de multiplier les opérations inutiles, serait de nature à entraîner les pires désastres. Aussi, à moins d'indication pressante, je demanderai un diagnostic certain, l'assurance qu'il n'existe pas d'adhérences anciennes ou récentes et à plus forte raison d'abcès. C'est dire que *j'interviens surtout quand il s'agit d'une première crise*, car dans ce cas l'appendice est libre d'adhérences et les chances de péritonite par perforation sont beaucoup plus grandes que lorsque l'appendice a déjà été à moitié détruit, sclérosé ou enfoui par de nombreuses crises antérieures.

C'est, en effet, une chose bien digne de remarque que la plupart des péritonites graves surviennent chez des enfants qui n'ont jamais eu de crises antérieures. Je ne compte pas le nombre d'enfants qui ont succombé à la première attaque d'appendicite et à l'opération desquels on trouvait un appendice calculeux, gangrené et perforé.

Or, quand on interroge ces malades, ou plutôt leur famille, on est étonné d'apprendre que jamais ils n'avaient souffert du ventre ; tout au plus avaient-ils présenté quelques vagues troubles intestinaux, ne ressemblant que de bien loin à une crise d'appendicite.

Je sais bien que ces renseignements sont puisés sur des malades d'hôpital et que la plupart des parents ont oublié des indispositions légères dont la plupart du temps ils n'ont pas été les témoins, mais bien souvent j'ai observé la même chose sur des malades appartenant à la classe aisée. De sorte que je me demande, dans ces conditions, ce qu'il faut penser de ceux qui prétendent que les crises graves sont toujours précédées de crises légères et qu'on peut éviter les péritonites par perforations en opérant après une première crise. Certes, je suis partisan d'opérer après la première crise, fût-elle bénigne, mais je ne crois pas qu'on supprimera de cette façon beaucoup de péritonites par perforation. Il me paraît plus efficace pour cela d'opérer toutes les appendicites authentiques au début de la première crise (1).

(1) Soc. de chirurgie.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Exophtalmie basedowienne avec nécrose

Par les Drs TERSON père et J. TERSON

La plupart des traités de médecine ou d'ophtalmologie signalent, au cours du syndrome neuro-cardio-vasculaire désigné sous le nom de goître exophtalmique, la possibilité d'accidents oculaires d'une extrême gravité, tels que la luxation du globe, l'infection et la nécrose de la cornée et même la panophtalmie avec atrophie consécutive de l'organe.

Ces accidents poussés au plus haut degré sont néanmoins assez rares pour que bien des médecins n'aient pas eu l'occasion de les observer dans leur pratique et que l'indication précise d'une intervention, qui n'a de réelle valeur que si elle est en quelque sorte préventive, puisse ne pas être suivie en temps utile. Il peut aussi surgir de sérieuses difficultés pour l'exécution correcte de la technique opératoire.

Pour ces divers motifs, il nous a paru bon de relater le cas suivant, dont les péripéties successives nous ont vivement intéressés :

Observation. — X..., âgé de cinquante-quatre ans, s'est présenté pour la première fois à notre consultation le 10 février dernier, et nous avons été tout d'abord impressionnés par la saillie considérable de ses yeux et la contracture extrême du releveur des paupières, *signes qu'on ne rencontre point réunis en dehors de la maladie de Basedow*. L'hypertrophie du corps thyroïde manquait, il est vrai, absolument ; mais cette particularité n'est pas très rare chez les hommes et il n'y a pas lieu d'insister sur ce fait bien connu de tous. Il n'existait qu'un léger frémissement plutôt qu'un tremblement marqué ; mais la tachycardie, *qui ne doit jamais manquer*, se révélait par cent dix pulsations ; et le diagnostic était encore confirmé par les vibrations intenses des carotides.

Le malade, quoique boulanger, n'a guère été surmené physiquement, car il ne pétrissait pas lui-même. Il faudrait sans doute rechercher la cause *au moins occasionnelle* de son ébranlement cardio-vasculaire dans le fait qu'il fumait la valeur de 0 fr. 50 centimes de tabac, buvait 3 litres de vin par jour et prenait deux fois du café, chaque fois arrosé de deux verres de cognac. Il s'est donc fortement intoxiqué.

Mais il ne serait venu consulter ni pour son état général ni pour son exophtalmie, si celle-ci, qui lui donnait un aspect farouche, ne s'était accompagnée, depuis près d'un mois, de la perte de la vision de *l'œil droit*, tandis que l'acuité visuelle de l'œil gauche restait encore parfaite.

Nous pûmes constater que plus de la moitié inférieure de la cornée de l'œil droit était ulcérée, infiltrée de pus, et qu'un hypopion occupait plus du tiers de la chambre antérieure. A ces lésions si graves s'ajoutait l'impossibilité matérielle de l'occlusion des paupières, la cornée se trouvant enchâssée dans un bourrelet chémotique de la conjonctive aussi volumineux que s'il s'était agi d'un phlegmon de l'œil en évolution. Pourtant, la fonte purulente ne nous parut pas inévitable, la protrusion du globe laissant encore à celui-ci *une certaine liberté de mouvements.*

Attribuant l'origine de ces accidents au défaut de clignement des paupières et à la dessiccation de l'épithélium de la cornée privée de toute protection contre les agents extérieurs (par un processus analogue à celui de la kératite neuro-paralytique), nous pensâmes qu'une intervention opératoire était des plus urgentes. Mais il y avait lieu de choisir entre un moyen radical et un moyen de circonstance, dont l'effet pourrait à volonté n'être que temporaire..

Fallait-il, considérant cet œil comme perdu, en pratiquer l'énucléation? On sait l'éventualité redoutable que fait courir au malade, même pour sa vie, une telle opération, lorsqu'elle est pratiquée en imminence de panophtalmie et plus particulièrement *chez les sujets atteints d'une grave affection générale.* D'autre part, le fâcheux état de la circulation ne laissait-il point chez notre malade tout à craindre, au cours de l'anesthésie locale aussi bien que de l'anesthésie générale ?

Nous résolûmes de tenter d'arrêter une aggravation immédiate des accidents oculaires en pratiquant une *tarsorrhapie médiane assez large* pour mettre, au moins momentanément, la cornée à couvert, nous réservant d'agir ensuite selon les événements.

Quelques fortes mouchetures de l'énorme bourrelet conjonctival faites tout d'abord rendirent possible l'occlusion des paupières, qui furent ensuite avivées dans leur partie médiane sur une étendue de près de 2 centimètres et réunies par quatre points de suture.

Nous avons l'habitude, selon le procédé de Wecker, de respecter entièrement la ligne d'implantation des cils et d'aviver le bord palpébral seulement en arrière. Pour cela, *si l'œil est très saillant*, nous passons sous la paupière à aviver une plaque de corne ou d'ivoire, qui protège entièrement le globe et sert de point d'appui lorsqu'à l'aide d'un couteau lancéolaire on découpe une très fine tranche (*épithéliale*, pour ainsi dire) du bord palpébral interne. Ce lambeau doit être, en effet aussi mince que possible, l'expérience ayant démontré qu'il est simplement nécessaire, pour la reprise d'aviver, et non de retrancher. *Si l'œil est peu saillant*, il est aussi facile de prendre la paupière à aviver entre deux doigts d'une main et d'érafler de l'autre le bord palpébral en arrière des cils sur l'étendue voulue, à l'aide de très fins ciseaux courbes bien pointus.

Dans le cas actuel, la vaste ulcération de la cornée et la grande saillie du globe ne permettaient ni de prendre la paupière entre les doigts, ni de placer la plaque d'ivoire sous la paupière sans courir le risque de l'éclatement de la cornée très amincie, suivi de l'expulsion du contenu de l'œil. Aussi fallut-il agir avec beaucoup de patience et de prudence pour aviver peu à peu les parties avec de fins ciseaux, en prenant successivement entre les doigts un petit pli de la peau de la paupière au niveau du point à aviver. Nous fûmes d'ailleurs secondés par le parfait courage du malade, qui supporta sans broncher les nombreux petits coups de ciseaux et l'application des quatre fils destinés au rapprochement des paupières, qu'on pourrait justement en la circonstance qualifier de *forcé*.

A la suite de cette intervention, toute menace de panophtalmie disparut rapidement, ainsi que toute infection cornéenne. Ce processus, qui était sur le point d'aboutir à une panophtalmie, se terminera sans doute par un large leucome adhérent, le malade étant venu trop tard (ce qu'il reconnaît d'ailleurs) pour que le rétablissement de la vision de cet œil soit possible.

* * *

Tel était l'état du malade *un mois* après notre intervention, et il se disposait à retourner dans son pays lorsqu'un fait nouveau apparut. *Sur l'œil gauche, resté jusque-là indemne*, quoique atteint d'exophtalmie très accentuée, survint une petite ulcération dans la région la plus déclive de la cornée, ayant aussi pour cause le défaut d'occlusion des paupières.

Après deux jours de soins, l'ulcération s'étendant, nous dûmes pratiquer aussi de ce côté une tarsorrhaphie médiane, que par prudence nous crûmes devoir faire un peu plus large que du côté droit, par 5 points de suture *bien rapprochés les uns des autres.*

Le huitième jour après l'opération, nous eûmes la satisfaction, en enlevant les fils, de constater la solidité de la soudure des deux paupières et la cicatrisation de l'ulcération de la cornée. Cet œil voit par un espace de 8 à 9 millimètres que nous avons ménagé du côté interne de la fente palpébrale et que nous pourrons agrandir à volonté, mais seulement dans le cas d'une diminution très marquée de l'exophtalmie. Comme la pupille est masquée par la suture des paupières quand l'opéré regarde directement devant lui, nous avons prescrit deux instillations d'atropine par semaine, la dilatation de la pupille mettant cette ouverture un peu plus en face de la petite fente des paupières, sans que le malade ait besoin de tourner la tête pour mieux voir.

L'heureux résultat ainsi obtenu *sur l'œil gauche* démontre nettement que nous aurions aussi conservé au malade la vision de l'œil droit par une suture partielle des paupières s'il n'était venu trop tard réclamer nos soins. Il justifie une fois de plus ce que disait Wecker (*Manuel d'ophtalmologie*, p. 857) : « Nous recommandons la tarsorrhaphie partielle chez tous les malades dès que l'exophtalmie ne cède pas aux médications usuelles et occasionne une difformité choquante. Nous avons, en effet, la conviction que la compression exercée par un rapetissement sensible de l'ouverture palpébrale, a une action utile pour faire rétrograder la dilatation vasculaire du tissu rétro-bulbaire. Encore faut-il

ne pas trop tarder à exécuter cette opération pour ne pas voir échoner la réunion qu'on veut obtenir, par suite de l'excessive pression des globes oculaires contre les paupières. »

On sait que la tarsorrhaphie comporte aujourd'hui diverses variétés, sur lesquelles nons n'avons pas à insister ici : tantôt totale, tantôt partielle ; celle-ci médiane, externe on interne, selon les nécessités de chaque cas. A. Terson a justement en détail apprécié toute la valeur de cette opération dans son *Traité de chirurgie oculaire* (J.-B. Baillière, éditeur, Paris, 1899), et c'est en citant ses conclusions que nous terminerons cette étude : « La tarsorrhaphie est le bandeau compressif le plus élastique, le plus permanent et le plus natnrel pour l'œil, et le seul moyen réel d'immobiliser les paupières. » (1)

REVUE DE PHYSIOLOGIE

Le ralentissement du pouls par la digitale

Par MM. le Dr O. JOSUÉ médecin des hôpitaux et F. BELLOIR

On admet, depuis les recherches de Traube, François-Franck, Volhard, que la digitale ralentit les contractions des ventricules en excitant les pneumogastriques, qu'il y ait ou non fibrillation auriculaire avec arythmie complète. Les vagues agissent soit en diminuant la fréquence des incitations sinusales, soit en déterminant une dissociation aurico-ventriculaire plus ou moins complète.

Cependant Schmiedeberg, Cushny ont montré expérimentalement que la digitale peut ralentir le cœur par action directe sur le myocarde. Récemment, Cushny, Marris et Silderberg ont constaté les deux mécanismes chez l'homme ; excitation du vague dans certains cas, action directe sur le muscle dans d'autres. Danielopolu vient de publier une observation où l'influence des pneumogastriques était évidente.

Nous avons étudié à ce point de vue huit malades dont le pouls a été ralenti par la digitale. Ces malades ont été soumis à l'épreuve de l'atropine et à celle du nitrite d'amyle. On sait, en effet, que l'épreuve de l'atropine (injection de deux milligrammes de sulfate d'atropine) ou mieux celle du nitrite d'amyle (inhalation de nitrite d'amyle) (Josué et Godlewski) fournissent le moyen d'apprécier si le tronble du rythme est dû à l'excitation du pneumogastrique. En effet, on supprime par ces deux épreuves l'action du vague sur le cœur. Le pouls s'accélèrera donc pendant l'épreuve s'il était ralenti par l'excitation du pneumogastrique et, au contraire, sa fréquence ne sera pas augmentée si le ralentissement résulte de l'action directe sur le muscle. Ajoutons que l'épreuve de l'atropine ne peut être considérée comme positive que si l'accélération est au moins du dix pulsations à la minute, et celle du nitrite d'amyle, que si le nombre des pulsations augmente au moins de vingt pulsations à la minute.

Sur les huit malades que nous avons soumis à ces épreuves, sept présentaient de la fibrillation auriculaire avec arythmie complète. Des électro-cardiogrammes ont été pris chez quelques-uns d'entre eux avant et pendant le traitement digitalique ; ces tracés montrent nettement que la fibrillation auriculaire ne s'est pas modifiée sous l'influence de la digitale tandis que les ventricules se sont ralentis.

Nos malades n'ont pas tous réagi avec la même intensité : quatre ont présenté une réaction franchement positive, deux ont réagi faiblement, deux enfin n'ont pas réagi du tout.

Le ralentissement dû pouls était donc déterminé dans la moitié des cas, quatre fois sur huit, par l'excitation du pneumogastrique. Les ventricules se sont accélérés quand l'action du vague a été supprimée par le nitrite d'amyle on le sulfate d'atropine.

Dans deux autres cas, l'influence du pneumogastrique était faible, bien que réelle. Ces sujets n'ont réagi que légèrement au nitrite d'amyle et à l'atropine. Et cependant la digitale a occasionné chez ces sujets et surtout chez l'un deux, un ralentissement notable des systoles ventriculaires. L'action du médicament a donc été mixte chez ces malades : elle s'est exercée à la fois par l'intermédiaire de la dixième paire et directement sur le myocarde.

Les épreuves ont été négatives chez les autres malades. On ne peut donc pas faire intervenir les pneumogastriques dans ces derniers cas et il faut bien admettre avec Cushny, Marris et Silberberg que la digitale agit directement sur le muscle cardiaque. Une de ces deux observations est particulièrement intéressante, parce qu'elle démontre que les troubles du myocarde causés par la digitale ne sont pas définitifs, mais qu'ils disparaissent au bout d'un certain temps. En effet, les réactions au nitrite d'amyle et à l'atropine, presque nulles pendant l'administration de la digitale, franchement négatives sept jours après la cessation du traitement, sont redevenues positives quatorze jours plus tard. Le muscle cardiaque a donc récupéré ses propriétés au bout de ce temps.

Il y a lieu de se demander pourquoi et dans quelles conditions la digitale agit sur les vagues, ou sur le myocarde, ou à la fois sur le muscle et sur les pneumogastriques. Nos observations ne permettent pas de préciser le déterminisme de l'action de la digitale. Ni les conditions étiologiques, ni l'âge du malade, ni la nature de la cardiopathie, ni la présence ou non de la fibrillation auriculaire (tous les malades présentaient de la fibrillation à l'exception d'un seul qui réagissait faiblement aux deux épreuves), ni la quantité de digitale administrée ne peuvent être invoquées. Un seul facteur mérite d'être mis en vedette. Parmi nos huit malades, deux sont d'anciens syphilitiques ; or, ce sont précisément ces deux malades qui n'ont pas réagi aux épreuves et chez lesquels la digitale a exercé uniquement son action sur le myocarde. Nous nous bornons à attirer l'attention sur l'influence possible de la syphilis, sans tirer de conclusions fermes, nos observations n'étant pas assez nombreuses. (1)

(1) Soc. de médec. de Toulouse.

REVUE D'HYGIÈNE

Tuberculose transmise à deux enfants par du sable contaminé

Par M. le Dr M. PERRIN (de Nancy)

La famille H... était absolument *exempte de tout antécédent tuberculeux* ; elle habitait dans un quartier sain un rez-de-chaussée avec jardinet. Au premier étage de la même maison habitait un garçon de café, tuberculeux, qui mourut en juillet 1900, ayant perdu deux enfants, et dont la femme et un troisième enfant survivant toussaient continuellement. Ce malade, pendant les derniers mois de 1899 et les premiers mois de 1900, venait souvent chez ses voisins du rez-de-chaussée et alors crachait dans un mouchoir, *mais, de sa fenêtre, il crachait dans le sable du jardinet, sable qui servait aux jeux des deux enfants H...* Il y cracha surtout pendant les derniers mois de sa vie.

Or, dans le courant de 1900, une des fillettes H âgée de 4 ans, commence une *tuberculose pulmonaire à marche rapide*, terminée par une méningite en janvier 1901.

L'autre fillette H..., âgée de 6 ans, fut atteinte, peu après sa sœur, de *tuberculose localisée* d'un sommet, et de *laryngite tuberculeuse* ayant mis sa vie en danger. Elle fut en traitement au Pavillon Manvais au début de 1901, époque à laquelle je publiai son observation (1). Elle finit par guérir après de longs mois.

Ce fait vient à l'appui du vœu soumis à l'approbation de la Société de Médecine dans le but d'obtenir à Nancy des mesures administratives protégeant la propreté des promenades publiques et notamment celle des allées et antres emplacements dont le sable sert aux jeux des petits enfants. Des sanctions doivent être prescrites contre les adultes qui couvrent de crachats le sol des promenades publiques et il convient en outre de réserver aux enfants des *places de jeu* munies de sable propre et fréquemment renouvelé (2).

(1) Soc. de Biologie.

(1) M. PERRIN. — La tuberculose du larynx dans l'enfance. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, janvier 1902, observation II.

(2) Soc. de méd. de Nancy.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Résultats de la Vaccination Antityphique par le vaccin polyvalent dans les épidémies de Paimpol et de Puy-l'Evêque

par M. le Professeur H. VINCENT
du Val-de-Grâce

La vaccination antityphique n'a été presque exclusivement employée, à l'étranger, que dans les armées ou parmi les infirmiers ou infirmières. La relation des épidémies de Paimpol et de Puy-l'Evêque montre que le typho-vaccin polyvalent est bien accepté par la population civile comme par l'armée, et qu'il peut être inoculé à tous (hommes, femmes et enfants) même en pleine épidémie, avec la plus grande facilité. Ce vaccin a exercé, sur ces deux épidémies, une action d'arrêt très remarquable e a manifesté, une fois de plus, sa haute valeur préventive.

A Paimpol, la fièvre typhoïde avait donné lieu depuis le mois d'avril 1912, à un certain nombre de cas qui se sont accrus avec intensité en octobre-novembre. Le nombre total des cas a atteint 100 dans la ville (35,71 0/00) et 50 dans les villages voisins. Cette épidémie a été sérieuse. Certaines familles ont compté plusieurs cas ; l'une eût trois morts. Quatre marins étrangers ayant passé un jour à Paimpol prirent tous la fièvre typhoïde, etc.

Le nombre des habitants ayant reçu les injections a dépassé 400. On a vacciné surtout les plus jeunes et les plus réceptifs.

Les réactions signalées on été toutes bénignes. *Aucun des habitants vaccinés n'a contracté la fièvre typhoïde.* En outre, et à la grande surprise des médecins, l'épidémie s'est brusquement et définitivement arrêtée à partir du moment où elle n'a plus trouvé d'aliment à son extension, c'est-à-dire dès que la portion la plus réceptive de la population a été immunisée.

La vaccination préventive a été employée dans des conditions semblables à Puy-l'Evêque (Lot) qui compte 700 habitants. L'épidémie a été encore plus grave (62.85 cas et 7.14 décès 0/0 pour 1000 habitants.)

Sur la demande du maire (Dr Rouma) et du Dr Duc, le Ministre de la Guerre prescrivit d'envoyer du vaccin polyvalent. Près de la moitié des habitants, savoir 312 personnes jeunes, bien portantes et n'ayant jamais eu la fièvre typhoïde, furent immunisées sans incidents digne de remarque.

De même qu'à Paimpol, *aucun des vaccinés n'a été atteint de fièvre thyphoïde.*

Dans aucun des cas où le typho-vaccin du

Val-de-Grâce a été employé, c'est-à-dire chez plus de 70.000 personnes, on n'a observé de fait de phase négative. Au contraire, parmi ceux qui sont vaccinés en cours d'incubation de leur fièvre typhoïde, ou qui s'infectent entre la première et la dernière injection, la plupart échappent à la maladie; les autres font des formes bénignes.

La vaccination opère une véritable stérilisation du terrain sur lequel le bacille typhoïde est susceptible de s'ensemencer.

Les faits suivants donnent une idée de l'innocuité du typho-vaccin polyvalent. Un médecin inoculà par erreur et d'emblée 20 cent. cubes à une jeune fille, au lieu de 1/2 cent. cube et 10 cent. cubes à deux enfants, au lieu de 1/4 de cent. cube, ces doses considérables amenèrent seulement une température de 38° 7 chez la première et une forte douleur locale, sans autres complications, chez les trois sujets inoculés.

REVUE DE DIÉTÉTIQUE

Les Avantages du régime végétarien

D'après M. le Dr Charles-Edouard Lévy, le végétarisme physiologique se concilie admirablement avec l'entretien d'une santé vigoureuse.

Des expériences faites à l'ergographe ont, en effet, permis de relever les constatations suivantes :

1° Le gain des végétariens au point de vue de la production du travail mécanique est de 55 0/0 ;

2° L'endurance au travail est deux à 3 fois plus longue ;

3° La réparation de la fatigue est 5 fois plus rapide ;

4° L'intoxication du muscle exercé est 20 fois plus petite ;

5° La sollicitation des centres nerveux est 3 fois moins forte ;

6° L'utilisation de la même dose de substance alimentaire a une durée double ;

7° La capacité vitale est supérieure.

Dans tous les pays, les concours de marche, de cyclistes, ont prouvé l'écrasante supériorité des végétariens.

Des enquêtes nombreuses, il résulte que les végétariens jouissent d'une lucidité supérieure après le changement de régime ;

Le caractère est plus égal, mais aussi plus ferme, plus décidé.

Le sommeil, les selles, la résistance au froid, sont remarquables.

La sensation de soif disparaît presque entièrement.

Le rendement du travail intellectuel semble nettement supérieur, de même celui de la mémoire.

Le végétarien a un teint très frais et semble plus jeune que son âge. Il y a fréquemment repousse des cheveux.

Pendant la convalescence de maladies septiques d'une extrême gravité, des augmentations de poids de 26 livres en vingt-six jours ont été observées chez des végétariens.

REVUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le certificat d'origine des blessures

Par M. le Docteur ROBINEAU
Chirurgien de l'hôpital Tenon.

Le bon certificat est celui qui mentionne les symptômes constatés et parfois aussi l'absence de symptômes d'ordre traumatique. Moins l'accident paraît important, plus le certificat demande à être détaillé, car nous ignorons les complications futures. Comment le rédiger ?

On peut le diviser en quatre parties : formule, constatation, appréciation et conclusion.

1° La première partie est, en quelque sorte, une formule dont on ne doit pas négliger les éléments, et dans laquelle le médecin se borne à enregistrer les déclarations du blessé ; voici un exemple de rédaction :

« Je soussigné Dr X.................... *nom, titres, adresse*), certifie avoir examiné le ... . (*date*), à.................. (*lieu de l'examen*), le nommé Y............ (*nom et prénoms*), qui m'a déclaré être âgé de........ans, profession de..............., domicilié à....... .... et avoir été victime d'un accident de travail, le .... (*date*), au service de M. Z..................... (*patron*), dans les circonstances suivantes » :

Il suffit d'indiquer sommairement la nature du traumatisme, chute, choc, effort, etc.

2° La deuxième partie comprend les constatations médicales :

« J'ai constaté les symptômes suivants : »

Indiquer en premier lieu la région du corps traumatisé et *le côté atteint, droit ou gauche* ; puis les signes essentiels, parmi lesquels je citerai, à titre d'exemple :

Le gonflement localisé, sous-cutané, profond articulaire.

L'ecchymose.

Les points douloureux qui paraissent éveillés par la pression, par les mouvements.

La crépitation osseuse.

Les mouvements anormaux.

Les plaies contuses, etc., etc.

Enfin, il est bon de signaler certains faits particuliers, même étrangers au traumatisme, une hernie, la trace d'un ancien accident, d'une lésion ou d'une opération antérieure ; ou l'absence de symptômes d'ordre traumatique.

3° Dans la troisième partie, le médecin donnera son appréciation qui sera formelle ou dubitative :

« Ces symptômes ont des caractères permettant d'affirmer leur origine traumatique et de porter le diagnostic de .... »

Ou bien :

« Ces symptômes ont des caractères ne permettant pas d'affirmer leur origine traumatique ; le diagnostic de .... ne peut être porté que sous réserves (radiographie, examen ultérieur, etc.). »

4° Vient enfin la conclusion, d'ordre pratique : « J'évalue la durée de l'incapacité absolue de travail au minimum à...... jours, avec réserve de complications. »

Si l'incapacité permanente est certaine, on peut l'indiquer.

Suivent la date et la signature.

Comme cette dernière est toujours illisible, il est essentiel que le médecin ait écrit son nom correctement au début du certificat, ou qu'il se serve de papier à en-tête.

CARNET DU PRATICIEN

Traitement du ténia par le thymol

Diète lactée la veille au soir du traitement.

Le lendemain matin, prendre trois cachets de chacun 1 gramme pour les hommes, de 75 centigrammes pour les femmes. Ces cachets doivent être absorbés successivement d'heure en heure. Trois quarts d'heure après l'absorption du dernier prendre un purgatif salin (30 à 50 grammes de sulfate de soude).

Comme avec les autres ténifuges, on doit attendre pour aller à la selle que le besoin soit impérieux et s'assoir alors sur un vase rempli d'eau tiède.

En général, tout est terminé deux heures après l'absorption du purgatif et, dans le courant de l'après-midi, le malade peut prendre un léger repas avec du lait et des œufs; le soir, régime habituel. Les seuls inconvénients observés sont parfois une légère brûlure à l'épigastre un instant après la prise des cachets de thymol.

Contre la Coqueluche

Expectorant :

Sirop d'ipeca..................	5 à 10 gr.
Sirop polygala.................	45 à 50 gr.
Oxymel scillitique	10 à 20 gr.
Benzoate de soude............	2 à 4 gr.

Antispasmodique :

Bromure de strontium........	1 à 3 gr.
Sirop de codéine..............	10 à 30 gr.
Sirop de belladone............	5 à 10 gr.
Teinture d'aconit.............	5 à 20 gr.

A prendre par cuillerées à café, ou à dessert, ou à soupe, suivant l'âge.

(Roux, de Saint-Gervais).

Traitement de la lèpre

Pratiquer des injections intramusculaires de 5 c. c. avec la solution suivante stérilisée à 110° :

Huile de chaulmoogra lavée à l'alcool et filtrée sur coton.	20 grammes
Gaïacol......................	1 —
Camphre.....................	50 centigr.
Vaseline pure...............	20 grammes

Ces injections ne sont pas très douloureuses.

(Jeanselme.)

Rhinite sèche.

Pommade au nitrate de mercure	2 gr. 50
Huile d'amandes............	15 grammes
Vaseline liquide............	15 —

Employer avec un pulvérisateur à huile ou en badigeonnages avec un pinceau en poil de chameau.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17 500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. Zante


POUGUES-LES-EAUX
à 240 Kilomètres de PARIS - Trajet en 3h W-R
1er JUIN — 30 SEPTEMBRE
STATION des NEURASTHÉNIQUES
des DYSPEPTIQUES
et de toutes les ATONIES et ASTHÉNIES organiques
(Estomac, Foie, Intestins) DIABÈTE. ANÉMIE. GOUTTE. GRAVELLE
CURE DE REPOS
CURE DE RÉGIME
CURE D'AIR
CASINO
THÉÂTRE
SPLENDID-HOTEL (1er Ordre) Chambres et appartements avec salles de bains
Cie DE POUGUES
15, Rue Auber PARIS
E. BESSON. Sc
PURGATIVE
DÉPURATIVE
ANTISEPTIQUE
CARABAÑA
LA SEULE EXERÇANT UNE ACTION CURATIVE SUR LES ORGANES MALADES
DOSE MOYENNE : 1 VERRE A BORDEAUX SUIVI DU PETIT DEJEUNER DU MATIN

VARIÉTÉS

UN FAIT DIVERS

Sous ce simple titre « lettre d'Angleterre », la *Gazette médicale du centre* rapportait récemment un extraordinaire fait divers qui eut, paraît-il, son épilogue il y a quelques mois devant le tribunal d'Agra, dans l'Inde.

La scène se passe à Agra, dans l'Inde, en 1911. Mrs F..., la femme d'un fonctionnaire anglais, rencontre par hasard un officier de l'armée des Indes, le lieutenant C... ; elle en devient amoureuse avec toute la fougue de ses 37 ans ; mais elle ne peut se résigner au partage ; elle décide donc, d'accord avec son amant, de faire disparaître le mari gênant ; pour cela on lui administrera quelques « toniques ». — Jour par jour — (on a retrouvé dans les papiers du lieutenant C... plus de 400 lettres soigneusement classées), elle informe son amant des progrès de la cure.

Tout d'abord l'affaire marche assez médiocrement ; le mari supporte à merveille les doses d'arsenic qu'on mélange à son porridge et à son curry.

« Avril 24. — J'ai donné la potion régulièrement. C'est en réalité un « excellent tonique. Mon mari se sent très bien ; il n'a jamais été mieux ».

« Avril 26. — Mon mari se trouve très bien du tonique, il est plus fort et mieux portant qu'auparavant ».

Pourtant, Mrs F... ne se décourage pas, elle écrit le 17 mai : « O combien votre seconde femme sera différente de la première ! Les obstacles sont hauts, mais la récompense vaut bien qu'on prenne un peu de peine pour l'obtenir ».

A la longue cependant le tonique commence à agir ; au mois de juillet, le mari devient tout à fait congestionné et les amants anxieux espèrent qu'il va bientôt « attraper » un coup de soleil qui semblera tout naturel.

18 juillet. — « Réellement je me demande comment il n'attrape pas de coup de soleil ; il est actuellement dans les conditions les plus favorables ; ses yeux sont tout injectés de sang et sur moments sa figure est cramoisie ».

En dépit de ces excellentes préparations, le coup de soleil ne vient pas.

Mrs F... trouve que l'affaire traîne et voudrait bien en être débarrassée le plus tôt possible ; ce n'est point cependant que le remords la torture ; elle a la conscience parfaitement tranquille, et elle est persuadée que Dieu est avec eux.

27 juillet. — « Le liquide que vous m'avez envoyé est bien arrivé. Si telle est sa volonté, Dieu fera en sorte qu'aujourd'hui nos efforts soient couronnés de succès. Il fait extrêmement chaud, c'est vraiment le jour pour attraper un coup de soleil, nous touchons à l'heure critique de notre vie ».

Le soir venu, le mari, un peu souffrant, refuse de manger sa soupe ; tendrement, sa femme le couche et lui administre une bonne dose de « potion pour la fièvre ». La secousse est terrible ; le pauvre diable se met à délirer ; on le transporte à l'hôpital où les médecins, comme les deux amants s'y attendaient, diagnostiquent un coup de soleil.

Cependant, leurs espérances restent vaines, le malade se rétablit presque immédiatement et au bout de deux jours peut revenir chez lui. — Décidés à en finir, le lieutenant C... et Mrs F... lui font prendre alors une dose formidable : de nouveau, on transporte le pauvre mari à l'hôpital, de nouveau les médecins diagnostiquent un coup de soleil, tout en remarquant, sans y attacher d'importance, l'extraordinaire faiblesse musculaire du malade et les tendances assez singulières à la paralysie. Il reste près de six semaines entre la vie et la mort, mais finalement, à la stupéfaction des deux complices, il se relève et quitte l'hôpital.

« C'est évidemment la volonté de Dieu que mon mari ne meure point, écrit Mrs F... Je suis tout à fait découragée depuis la dernière tentative, je n'ai plus aucun espoir d'être jamais libre ». Et elle lui dit dans un moment de désespoir :

14 septembre. — « Mon mari va décidément beaucoup mieux, il faut vous faire à l'idée de me perdre ».

Mais ces défaillances ne sont que passagères. — Quelques jours plus tard elle exhorte son amant à la patience, « le plus merveilleux remède que Dieu ait donné aux hommes contre tous les maux », et à la persévérance. « L'heureuse issue, dit-elle, ne saurait être loin. Prions Dieu, mon bien-aimé, pour qu'il se produise le plus tôt possible de façon que nous puissions vivre longtemps, toujours ensemble, une heureuse vie mariée ».

Signé : Votre Gussie jusqu'à la mort.

A la vérité bien qu'il y ait, comme chacun le sait, un dieu pour les amoureux, ce dieu refusa d'écouter ces supplications.

Aussi, le lieutenant C... après avoir déclaré à sa maîtresse, « qu'avec l'aide et la bénédiction de Dieu il espérait lui rendre un peu de ce qu'elle a fait pour lui », décide de s'aider lui-même.

Un soir qu'ils dînent tous trois ensemble, les deux amants s'arrangent pour droguer le potage du mari ; et lorsqu'il se trouve mal, au lieu de le transporter à l'hôpital, on le transporte sur un lit, où le lieutenant C... fait quelques injections définitives de cocaïne.

. . . .

Ceci n'est pas un roman, l'affaire vient d'être jugée par le tribunal d'Agra. Après avoir, au début, protesté de son innocence, le lieutenant C... a fait des aveux complets.

JOHNSON.

ÉCHOS

La chaire de puériculture

On sait qu'une chaire d'hygiène infantile doit être prochainement créée à la faculté de médecine de Paris. L'Association corporative des étudiants en médecine adresse au ministre de l'instruction publique, en faveur de la candidature du docteur Variot, médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés, directeur de l'Institut de puériculture créé dans cet hospice par la ville de Paris, une lettre dont nous détachons le passage suivant :

« Vous venez de créer, monsieur le ministre, une chaire d'hygiène infantile à la faculté de médecine de Paris, et déjà autour de vous les intrigues se nouent. C'est la règle, et, croyez-le bien, nous n'interviendrions pas aujourd'hui auprès de vous s'il s'agissait d'une simple question de personnes. Mais tel n'est pas le cas.

Parmi les candidatures sur lesquelles vous allez avoir à statuer, il en est une que vous remarquerez, parce qu'elle pose nettement un problème dont la solution est grosse de conséquences. C'est celle d'un homme dont le mérite scientifique, de l'avis unanime, ne le cède à nul autre, d'un membre de l'admirable corps des hôpitaux qui, depuis de longues années, a su faire de son service et de l'institut créé par lui un centre d'études actif et largement ouvert à toutes les bonnes volontés. Or ce candidat n'est pas pourvu d'un titre qu'aucun règlement n'exige du futur professeur, mais que l'on est accoutumé à lui demander : l'agrégation...

C'est ainsi que nous voyons se poser la question. Ce n'est pas un homme qui s'oppose à un homme, c'est un système à un autre système. Nous sommes trop soucieux de l'avenir de notre profession pour accepter que le professorat soit, comme l'agrégation, une simple marque de fabrique appréciée sur le marché de la clientèle. Nous le voyons comme une fonction respectée, à laquelle on ne peut atteindre que par des moyens respectables, comme un titre qui doit être la consécration d'un enseignement, le suivre et non le précéder. »

L'emploi des enfants et des femmes aux étalages.

Le décret suivant relatif à la réglementation de l'emploi des enfants et des femmes aux étalages extérieurs des boutiques et magasins, vient d'être inséré au *Journal Officiel* :

ARTICLE PREMIER. — Il est interdit d'employer aux étalages extérieurs des magasins et boutique des garçons âgés de moins de 14 ans et des jeunes filles âgées de moins de 16 ans.

Les garçons de 14 à 18 ans et les jeunes filles de 16 à 18 ans ne peuvent y être employés pendant plus de six heures par jour. Ils doivent l'être par postes de deux heures au plus, séparés par des intervalles d'une heure au moins.

L'emploi des enfants au moins de 18 ans et des femmes de tout âge aux étalages extérieurs visés par le paragraphe premier est interdit d'une façon absolue après 8 heures du soir ou lorsque la température est inférieure à 0°.

En cas de froid, des moyens de chauffage suffisants seront aménagés pour les employés dans l'intérieur de l'établissement.

ART. 2. — Les chefs d'établissements doivent être en mesure de présenter à toute réquisition des inspecteurs un bulletin de naissance pour chacun des enfants de moins de 18 ans qu'ils emploient.

Les médecins abstinents.

On vient d'inaugurer à Munich une Société de médecins abstinents. Dès le premier jour 35 médecins s'y firent inscrire.

La Société hongroise des médecins abstinents a reçu de son Gouvernement un subside de 300 couronnes à l'effet de contribuer à la préparation d'un travail sur la valeur de l'alcool en thérapeutique, et destiné à être distribué à tous les médecins hongrois.

Les étudiants en médecine et les trois ans.

A la suite d'une visite de M. Scamaroni, président de l'A. G. à M. Donmer, visite faite afin de connaître l'interprétation officielle des dispositions qui concernent, dans la loi de trois ans, les étudiants en médecine, le président de l'A. G. a reçu la lettre suivante :

« Monsieur le président,

« Par lettre en date du 24 juillet dernier, vous avez bien voulu me demander certains renseignements complémentaires en ce qui concerne l'accomplissement du service militaire par les étudiants en médecine sous le régime du projet de loi de trois ans.

« J'ai l'honneur de vous faire remarquer tout d'abord que les dispositions de l'article 21 de la loi du 21 mars 1905, en ce qui concerne les sursis d'incorporation, restent entières. Les étudiants en médecine pourront donc obtenir, comme les autres étudiants, des sursis d'incorporation jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans.

« J'ajoute que les jeunes étudiants âgés de vingt ans, auxquels vous faites allusion ne seront pas obligés de partir au régiment dès cette année : ils pourront bénéficier desdits sursis d'incorporation.

« L'article 15 du projet de loi permet, d'autre part, aux étudiants en médecine d'accomplir, en deux fois, leurs trois années de service.

« Il leur est loisible, en effet, leur première année de service une fois accomplie, soit de rester au régiment, soit d'aller achever leurs études jusqu'à l'âge limite de 25 ans pour revenir ensuite terminer, en qualité de médecin auxiliaire d'abord, puis de médecin aide-major de réserve pendant le dernier semestre, leurs deuxième et troisième année de service.

« Ces dispositions correspondent exactement aux desiderata qui ont été exprimés par les représentants de la Faculté de Médecine devant la commission présidée par M. Liard, chargée d'examiner les conditions particulières suivant lesquelles les étudiants pourraient être admis à accomplir leur trois années de service. »

84e Année (Série XIIIe) — N° 211 | Le Numéro 25 Centimes | Mercredi 13 Août 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

CHANTEMESSE, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
LANDOUZY, Doyen de la Faculté, Prof. de Clinique Médicale, Membre de l'Académie de Médecine
RECLUS, Professeur de Clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de Médecine
RICHET, Professeur de Physiologie à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
ALBERT ROBIN, Professeur de Clinique Thérapeutique, Membre de l'Académie de Médecine
BALZER, Médecin de l'Hôpital St-Louis, Membre de l'Acad. de Médecine
BAZY, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon, Membre de l'Acad. de Médecine
BEURNIER, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
DESGREZ, Professeur de Chimie Médicale à la Faculté de Médecine
SEBILEAU, Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière, Membre de l'Académie de Méd.
VAQUEZ, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
CHASSEVANT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
MARIE, Médecin en chef de l'Hospice de Villejuif
MONPROFIT, Professeur à l'École de Médecine d'Angers

DIRECTEUR
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Exposition Bruxelles 1910
Vice-Prés. de cl. Expos. Gand 191

Ancienne *Gazette de Santé*
(**140e Année**)

Sommaire du Numéro du 13 Août 1913

ÉCHOS

Nos Amis.

Parmi les nouveaux décorés de la Légion d'honneur, dont nos lecteurs trouveront plus loin la liste complète, nous relevons le nom de notre vénéré maître M. le professeur Reclus, membre de l'Académie de Médecine, membre du Comité de Direction scientifique de la *Gazette Médicale de Paris*, qui vient d'être promu commandeur et ceux de deux des membres de notre comité de rédaction : M. Juillerat, le très distingué chef du bureau de l'Assainissement et du Casier sanitaire de Paris à la Préfecture de la Seine, et M. le Dr Garrigou, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Nous sommes heureux d'adresser nos plus vives et nos plus affectueuses félicitations à nos très éminents amis.

Toutes nos félicitations également, à nos excellents confrères et amis, MM. les Drs Léon Bernard, Léon Meunier, Albert Weil, Barbary, Laurens et à M. Millot, chef adjoint du cabinet du ministre des Travaux publics, qui viennent d'être faits chevaliers.

Un Monument au docteur Raymond.

L'Académie de médecine a désigné le professeur Raphaël Blanchard pour la représenter à l'inauguration du monument qui doit être élevé à la mémoire du professeur Raymond, à Saint-Christophe (Indre-et-Loire), le 5 octobre prochain.

Une œuvre d'assistance intéressante.

Quelques philanthropes ont songé à réunir dans une vaste Fédération les cantines maternelles instituées par Henry Coullet.

Depuis fin 1905, plus de 700.000 repas gratuits ont été distribués dans les cantines parisiennes, au nombre de 7. A chaque cantine est annexée une consultation de nourrissons.

Fin 1912, a été créée la Fédération des cantines maternelles, sous la présidence de M. Léon Bourgeois.

L'œuvre Henry Coullet distribue actuellement environ 1.100 repas par semaine, dans le Ve, le XIVe et sur les confins des XIXe et XXe arrondissements. Les repas qu'elles donnent permettent aux mères d'allaiter sans fatigue leurs enfants pendant un an.

Le langage médical des humbles

Sous ce titre, il y a quelque temps, (voir *la Gazette médicale de Paris*, nº du 7 mai dernier), nous donnions sous la signature de M. le Dr Faisant quelques exemples intéressants de ce langage mi patois, mi argot dont les humbles se servent fréquemment pour exprimer leurs misères.

Nous estimons intéressant de donner aujourd'hui quelques nouveaux exemples recueillis par M. Faisant de ce jargon spécial qu'il convient avec lui de dénommer du « bas français ».

Depuis ma chute, je me sens très faible, et je tousse beaucoup, de toute la nuit ça ne cesse pas.

Je ne tousse presque pas.

Objectera-t-on qu'il faut être puriste pour classer la première locution dans le bas français? Ce classement est tout à fait légitime. Il est courant d'entendre dire « ça ne va pas plus mal » par un réchappé d'une affection grave et d'une affection dont la gravité se manifestait par les symptômes d'ordre nettement subjectif. Des pneumoniques guéris, des pleurétiques brusquement soulagés par thoracentèse s'expriment ainsi. La figure est classée, du reste, sous le nom de litote, dans tous les vieux traités de rhétorique. C'est à croire que les esprits simples apprécient tout spécialement les tropes complexes.

L'exemple suivant nous confirme dans cette idée, car nous y voyons un néologisme inutile, *tombure* pour *chute* ; il est vrai que quand il dit *tombure*, l'homme du peuple allonge en croyant simplifier : il méconnaît le verbe *choir*, et de *tomber* il tire *tombure*, comme *blessure* de *blesser*. Au surplus, on sait que les gens peu instruits, suivant en cela l'exemple des enfants, tendent à unifier les divers types de flexions grammaticales, en particulier les conjugaisons qu'ils ramènent à la plus simple et à la plus répandue, à la première. Ils font d'instinct ce que font par raisonnement les inventeurs de langues artificielles.

L'importance de l'altération qui vient ensuite est plus grande. Ici, sans aucune raison, le langage vulgaire substitue à l'expression correcte une locution beaucoup plus longue. Au lieu de renforcer une idée par l'adjonction d'un adverbe de quantité, il aime mieux répéter plusieurs fois le mot qui exprime l'idée. Bien plus, il en arrive à forger des termes qui devraient, en bonne logique, signifier le contraire de ce qu'on veut leur faire dire. Si *décesser* avait un sens, ce serait le contraire de *cesser*, comme *défaire* est le contraire de *faire*. Mais, ayant compliqué d'un côté, l'homme du peuple simplifiera de l'autre et laissera à l'infinitif le verbe *tousser* donnant ainsi à l'ensemble de la phrase une allure mi-exclamative qui, elle aussi, tend à renforcer l'affirmation.

Un autre exemple est le suivant : « Je suis mieux portant que je n'étais pas. » Pour : « Je suis mieux portant que je n'étais. » Ici, il y a à la fois redoublement de l'affirmation et ellipse, complication puis simplification ; la phrase veut dire : « Je suis mieux portant qu'avant, et alors je n'étais pas bien portant du tout. »

Cet emploi de redoublement est d'ailleurs des plus anciens. La première forme est peut-être la manière d'indiquer le pluriel dans certaines inscriptions hiéroglyphes : un objet répété plusieurs fois exprime le pluriel. Dans le même ordre d'idées de très vieux contes égyptiens, traduits mot à mot par Maspéro, présentent fréquemment l'expression « beaucoup beaucoup », pour exprimer une sorte de superlatif de quantité. Le redoublement du radical au parfait des verbes grecs est encore un procédé linguistique voisin, exprimant qu'une action est *parfaite* dans le sens de *parachevée*.

Enfin, nombre de mots français constituent de véritables pléonasmes : *le lierre, le lendemain, aujourd'hui* (c'est-à-dire *le l'ierre*, le *l'en demain, au jour de ce jour*), sont assez proches parents du barbare *décesser*. Ce dernier est un parent pauvre.

Voici un cas où se retrouve la double tendance déjà signalée (allongement pour mieux affirmer, abréviation pour aller vite) : on emploie à tout propos dans le peuple, et souvent pour des affections tout à fait chroniques, l'expression « tomber malade ». Mais en même temps, il n'est pas rare qu'on l'ampute et qu'on dise *tomber* tout court. Aussi n'est-il nullement superflu de faire préciser en ce cas, s'il s'agit d'un accident ou d'une maladie. L'idée de rechute est quelquefois exprimée ainsi : « il est tombé plus bas qu'avant ».

Veut-on, au contraire, parler d'une affection durable, on forgera, toujours à la première conjugaison, comme *farfoter*, le verbe *maladier*, traduction exacte du fréquentatif latin *ægrotare*, et qui, en effet, n'a pas d'équivalent en un seul mot dans le français correct. Au contraire, *purgation* et *consultation* cèdent le pas à *purge* et *consulte*, termes plutôt judiciaires que médicaux, et d'ailleurs proscrits par l'Académie.

Voilà quelles sont les observations que chacun peut refaire et compléter dans la pratique quotidienne. Seulement, il n'y a pas de limite tranchée ; il n'y a pas une classe qui parle correctement et une classe qui parle incorrectement. Beaucoup des locutions vicieuses que j'ai signalées se retrouvent quelquefois, par la force de l'habitude, dans le langage des gens instruits.

Il serait au reste prétentieux de voir en ces déformations un indice psychologique quelconque. Tout au plus pourrait-on dire que les humbles, rendus quelque peu craintifs par la modestie même de leur situation, insistent plus que les autres sur leurs maux et cherchent d'instinct à apitoyer en les exagérant. Mais gardons-nous de trop généraliser. Renonçons surtout à établir un lien entre ces façons de parler et les idées pseudo-scientifiques du public. Ces notions, sont, en effet, les mêmes chez les pauvres et chez les riches, exception faite pour un petit nombre de personnes pourvues de quelques notions de physiologie ou (chose bien plus rare) capables de reconnaître elles-mêmes leur incompréhension des matières qu'elles n'ont pas apprises.

Cette restriction formulée, nous pouvons dire que les bourgeoises des premiers étages ne raisonnent pas autrement que leurs concierges quand il s'agit de se prononcer sur l'antagonisme entre le sang et les nerfs, sur le rôle des vers et de la bile, sur les humeurs en mouvement, sur l'action mystérieuse et précieuse des substances réunies sous le nom de dépuratifs. N'insistons pas davantage. Aussi bien serait-ce sortir de notre programme, plus médical qu'on ne croirait puisque le mot, suivant un hémistiche célèbre, « est un être vivant » ; n'est-ce pas faire de la physio-pathologie que d'examiner quelles déformations lui infligent à travers les âges ses passages de bouche en bouche?

Dr E. Faisant.

Poison des Flèches

Le Dr Rouffiandis, aide-major des troupes coloniales, a étudié d'après les *Annales d'hygiène et de médecines coloniales*, le poison des flèches des *Khas*. Il se prépare de la façon suivante :

On fait des entailles dans le tronc d'un arbre, le maïkoknong (une euphorbiacée) ; le suc est recueilli dans des récipients où on le fait chauffer et bouillir jusqu'à une consistance semblable à celle de l'opium. Le liquide très visqueux ainsi obtenu a une odeur vineuse et est de couleur noire ; il est mis dans des tubes de bambou. On le dépose sur l'extrémité des flèches peu de temps avant de s'en servir. Le poison perd, paraît-il, toute sa virulence au bout d'un an. Fraîchement préparé, il est très violent ; un buffle blessé par une flèche empoisonnée meurt au bout d'une demi-heure, un éléphant au bout d'une heure, un homme en vingt minutes ; des symptômes inquiétants se déclarent tout d'un coup et la mort survient brusquement au milieu de convulsions.

Les flèches sont en bambou durci au feu ; la barbe de la flèche est formée par une feuille de latanier. La pointe affecte cinq formes principales: elle est en bambou et n'est que le prolongement de la hampe, sauf dans la forme nº 1 où la pointe est en fer ; la hampe n'est pas cylindriques, elle apparaît sur une coupe demi-circulaire.

Le moyen employé pour guérir les blessures produites par ces flèches consiste à faire absorber au blessé de petites boulettes du poison lui-même ou le suc d'une liane dont il a été impossible de savoir le nom.

Les Remplaçantes!

Deux jeunes époux se rendent au bureau de placement afin d'y trouver une bonne d'enfant pour un bambin qui les accompagne.

Une seule personne est à leur disposition, et c'est une négresse. Elle a le nez épaté, les lèvres lippues et deux rangées de dents qui pourraient faire des touches de piano. Elle paraît coquette et propre, les jeunes époux se consultent et décident de la prendre ; mais, auparavant, ils s'informent des aptitudes de la négresse et la questionnent :

— Aimez-vous beaucoup les enfants?

— Oh ! Monsieur, répond-elle, je ne sais plus, il y a déjà longtemps que je n'en ai pas mangé.

L'Enfumage iodé en Oto-Rhino-Laryngologie

par le Docteur A. MAURICE, de Paris

De nombreux auteurs ont vanté les bienfaits de l'iode sous toutes ses formes, intus et extra. C'est peut-être le plus universel de nos agents thérapeutiques; tous les jours on en perfectionne les modes d'absorption et d'application. Le badigeonnage iodé préopératoire n'est pas seulement utile à la campagne ou sur un champ de bataille, les patients de nos salles d'opération les plus aseptiques en bénéficient.

Depuis quelques années, on emploie l'iode à l'état gazeux; sa propriété de pénétrer ainsi dans les moindres anfractuosités multiplie son pouvoir microbicide et modificateur, tandis que les solutions iodées se chargent rapidement d'acide iodhydrique très caustique, les vapeurs d'iode chimiquement pur possèdent les qualités des solutions sans en avoir leurs défauts.

Il n'est pas très commode de produire des vapeurs d'iode à proximité d'une cavité et de l'insuffler à l'intérieur; la complication de l'instrumentation a enrayé l'extension du procédé.

Nous savons tous combien sont exaltées les propriétés des corps à l'état naissant; des phénomènes bio-chimiques peu connus décuplent l'action microbicide et modificatrice des vapeurs formées par décomposition subite d'une combinaison iodée. Le corps qui se prête le plus facilement à cette désagrégation moléculaire est l'iodoforme qui, à une certaine température, dégage des vapeurs iodées extrêmement denses.

L'instrumentation permettant d'obtenir des vapeurs d'iode au moyen de cristaux, n'est pas très pratique; celle qui emploie l'iodoforme comme source iodée ne l'est pas davantage. Pour que cette méthode se répande dans le corps médical et pour permettre aux malades de bénéficier des bienfaits de cette application, il faut simplifier le mode d'emploi et le mettre à la portée, sinon de tous, du moins de la généralité des praticiens.

Ayant remarqué combien il était simple de produire des vapeurs en chauffant de l'iodoforme avec un galvano-cautère, appareil d'usage courant, surtout chez l'oto-rhino-laryngologiste, nous avons fait construire un insufflateur extrêmement simple se composant d'un flacon en verre, d'une soufflerie de Richardson et d'un cautère dont l'extrémité platinée plonge au fond du flacon et dont l'autre bout placé extérieurement attend un manche porte-cautère quelconque. C'est par le manche du cautère que l'on soutient tout l'appareil qui est d'ailleurs assez léger. Avec la main libre, on peut faire marcher la soufflerie ou la confier au besoin au malade ou à un aide. Le conduit extérieur par lequel sortent les vapeurs, est conique ce qui permet d'y adapter un certain nombre d'embouts plus ou moins longs et contournés facilitant la pénétration dans les cavités les plus profondes.

Les parties métalliques sont réduites au minimum pour éviter l'oyxdation, les embouts eux-mêmes sont en caoutchouc durci.

Pour ce qui concerne l'oto-rhino-laryngologie, cette méthode rend les plus grands services dans un nombre considérable de cas.

1° *Amygdalites cryptiques.* — Au moyen d'un embout recourbé il suffit d'insuffler quelques vapeurs iodées dans les cryptes; quelques séances désinfectent rapidement ces cavités qui ont tendance à se resserrer. L'amygdale dans sa totalité s'atrophie assez facilement ce qui en évite l'ablation.

2° *Sinusites maxillaires ou frontales.* — Soit après cathétérisme des orifices naturels, soit après ponction nasale, soit après trépanation alvéolaire, il est très facile de tapisser ces cavités d'un dépôt iodé en branchant la canule maxillaire ou frontale à l'embout du flacon. Les fongosités diminnent avec rapidité et l'odeur disparait généralement après la première séance.

3° *Ethmoïdites polypeuses.* — La technique très simple consiste à insuffler des vapeurs au niveau des points suspects du méat moyen.

4° *Otites suppurées.* — Toutes les suppurations de l'oreille moyenne et tout particulièrement les formes chroniques bénéficient de l'enfumage iodé. Au moyen d'une petite sonde ayant la forme de la canule d'Hartman pour le lavage de l'attique, il est très facile de faire pénétrer des vapeurs jusque dans l'antre mastoïdien.

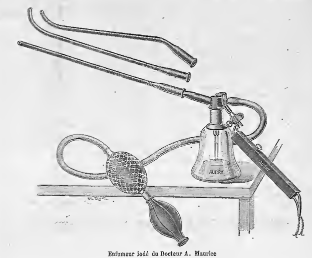
5° *Ozène.* — L'ozène est grandement influencé par ce mode de traitement; l'odeur disparaît rapidement, les sécrétions se fluidifient, la muqueuse reprend une teinte normale. Lorsque la muqueuse est très atrophiée et ne tolère pas les injections de paraffine, il y a un grand intérêt à insuffler des vapeurs d'iode naissantes; l'amélioration obtenue se produit plus rapidement qu'avec n'importe quelle autre méthode.

Telles sont jusqu'à présent les indications principales de l'enfumage iodé en oto-rhino-laryngologie; ce domaine s'étend considérablement si on généralise la méthode dans le reste de l'économie.

Comme preuve de résultats particulièrement brillants que l'on peut obtenir nous ne citerons que les deux observations suivantes:

1° Mlle R..., 26 ans, a été opérée il y a un an de sinusite maxillaire par la méthode de Cadwell-Luc modifiée. Au lieu de faire une large perforation nasale après destruction de la plus grande partie du cornet inférieur, nous nous sommes contenté de faire communiquer l'antre et le nez par une perforation de 1 cent. de haut sur 2 1/2 de large au niveau du méat inférieur sans toucher au cornet. Un an après cette opération, la malade vient nous retrouver car les premiers symptômes (cacosmie et sécrétion purulente) réapparaissent. Le sinus est obscur à l'éclairage et cependant la large perforation existe toujours, ce qui prouve bien que l'axiome « le drainage prime le curetage » n'est pas toujours vrai. Une dent nous paraissant suspecté nous la faisons enlever; nous pratiquons par la brèche osseuse des lavages à l'eau bouillie et à l'eau oxygénée ainsi que des badigeonnages de teinture d'iode, ceci sans aucun résultat cas la cacosmie et la sécrétion persistent: le sinus est toujours obscur.

Sur ces entrefaites, nous faisons construire notre appareil à enfumage iodé; nous essayons notre insufflateur sur cette malade. Le premier enfumage arrête la cacosmie. Le deuxième, trois jours plus tard, tarit presque complètement la sécrétion. L'appareil nécessitant une retouche nous le retournons au constructeur, mais dès que nous reprenons les lavages du sinus sans les faire suivre d'enfumage, odeur et sécrétion réapparaissent. A deux reprises différentes, le même phénomène s'est produit et la guérison n'a pu être obtenue que par l'enfumagé.



Enfumeur iodé du Docteur A. Maurice

2° M. D..., 36 ans, a une vieille otorrhée qui n'a pu céder à un mois de traitement par des pansements secs. On voit à l'otoscopie des cicatrices très adhérentes sur le tympan et une perforation de la membrane de Schrappnel. Des lavages de l'attique à la canule d'Hartman amènent des pellicules cholestéatomateuses et du pus jaune, épais. L'odeur diminue un peu par les pansements secs, par des attouchements iodés et l'insufflation de poudre d'acide borique. Au bout d'un mois de cette médication et après avoir essayé une dizaine de pansements ordinaires nous soumettons le sujet à l'enfumage iodé. A la première séance, l'odeur disparaît complètement. A la troisième, la sécrétion s'arrête et le pansement sort complètement sec.

Ces deux observations sont démonstratives; elles ne nous apprennent certainement rien de nouveau sur les propriétés de l'iode à l'état naissant; nous ne voulons pas, comme on le fit tout dernièrement, découvrir une troisième fois les propriétés antiseptiques de ce produit. Nous voulons simplement insister sur la facilité d'employer, au moyen de notre instrumentation, un produit puissant, actif et peu toxique; le traitement des suppurations profondes qui se drainent mal et la désinfection des cavités où pullulent des germes inaccessibles sont les conquêtes de notre insufflateur et de cette méthode.

TRAITEMENT
Des cicatrices cutanées et sous-cutanées
PAR LA
GALVANISATION NÉGATIVE

Par M. le Docteur Georges Ronneaux

Les médecins électrologistes sont d'accord pour admettre à l'heure actuelle que le courant galvanique possède, entre autres propriétés, celle de ramollir les tissus. Ce pouvoir, propre au pôle négatif, a donné lieu à un certain nombre d'applications thérapeutiques concernant les tissus fibreux et cicatriciels, dont les plus habituelles sont le traitement des rétrécissements de presque tous les conduits de l'organisme et celui des ankyloses articulaires.

Son emploi dans le traitement des cicatrices de la peau, signalé par Leduc comme donnant des résultats très favorables, ne paraît pas toutefois s'être très répandu, et cependant il semble que ce soit là la méthode de choix pour pallier aux inconvénients qu' entraîne fréquemment la formation d'un tissu cicatriciel sur le revêtement cutané.

J'ai fait couramment depuis plusieurs années des applications galvaniques sur toutes les cicatrices vicieuses de la peau qui m'ont été envoyées, et je n'ai eu qu'à me louer de leur emploi.

Les heureux résultats que j'ai très régulièrement obtenus m'ont incité à attirer l'attention à nouveau sur ce procédé thérapeutique et à publier quelques observations montrant l'efficacité du traitement électrique et sa supériorité sur les autres moyens.

Observation I. — Mme C..., jeune femme, renverse une lampe à alcool sur son peignoir qui prend feu. Elle est brûlée sur la face antérieure du corps depuis les seins jusqu'aux genoux. Après une longue suppuration de plusieurs mois, elle guérit. Elle présente une vaste cicatrice occupant toute la région brûlée, mais marquée surtout sur la partie sous-ombilicale de l'abdomen et à la partie supérieure des cuisses. Cette cicatrice rouge violacée est sillonnée de brides dures et très irrégulières. Au pli de l'aîne deux brides fibreuses dures, rétractiles et sensibles au toucher empêchent la malade de se tenir dans la station verticale et l'obligent à marcher pliée en deux. A plusieurs reprises ces brides se sont déchirées superficiellement par suite de mouvements un peu brusques.

Nous commençons le traitement un an après l'accident. Nous appliquons de chaque côté de la ligne médiane deux cathodes de 200 centimètres carrés, à cheval sur chaque pli de l'aîne.

L'anode est placé sous les reins.

La grande surface des électrodes nous permet de monter jusqu'à 40 mill. pendant 20 minutes. Dès les premières séances, l'amélioration se traduit par une plus grande liberté des mouvements. Au bout de 15 séances la station verticale est possible. Il nous faut 40 séances pour avoir un rétablissement complet des mouvements d'extension forcée de la cuisse vers le bassin. Les brides cicatricielles sont molles, ont diminué de volume elles sont pâles et n'ont aucune tendance à la rétraction.

Le résultat acquis date actuellement de 5 ans. La malade, très sportive, n'a aucune gêne dans la pratique des différents sports.

Observation II. — Madame N..., artiste lyrique a été opérée d'un double phlegmon amygdalien ayant fusé le long des vaisseaux du cou et ayant amené un décollement de la peau de toute la région pectorale. Deux larges débridements pratiqués au niveau des 3e côtes et drainés pendant plusieurs semaines ont donné lieu à la formation de deux cicatrices ovalaires, étendues de chaque côté du sternum sur une longueur de 10 cent., et une largeur de 6 à 7 cent. chacune. De couleur rouge violacée, dures, adhérentes aux côtes sous-jacentes, rugueuses et sillonnées de brides, elles sont du plus vilain aspect.

Nous appliquons sur chacune d'elles une cathode de coton hydrophile imbibée d'eau tiède : une grande électrode indifférente est placée dans le dos. Nous faisons passer pendant 20 minutes un courant de 15 à 20 milliampères. Une vingtaine de séances amènent un assouplissement très marqué des tissus qui perdent peu à peu leur adhérence en même temps qu'ils blanchissent et diminuent d'étendue.

Après un arrêt de quelques semaines dû à la période de vacances, le résultat définitif est acquis par une nouvelle série de dix séances. Les cicatrices ont diminué de moitié. Elles ne sont guère plus volumineuses qu'une pièce de cinq francs, les brides qui les sillonnaient presque entièrement, ont disparu ; elles sont blanches, d'une coloration à peine différente de la peau, ne sont plus adhérentes et sont souples. La malade considère comme suffisant ce résultat qui lui permet de se décolleter à nouveau, un simple poudrage de la poitrine permettant de rendre ces cicatrices invisibles à la scène.

Observation III. — M. F..., est mordu par son chien à la main droite avec tant de force qu'on est obligé d'abattre le chien pour lui faire lâcher prise. Les crocs ont porté en pleine éminence thénar d'une part et sur le dos de la main au niveau du tiers supérieur du IIe métatarsien. Les plaies qui en ont résulté ont suppuré et mis six semaines à cicatriser. La cicatrice de l'éminence thénar de 2 centimètres de longueur environ est adhérente à un bloc fibreux formé par les couches musculaires machurées. Sur le dos de la main une cicatrice de 1 cent. environ est adhérente au tendon de l'extenseur et à l'os. Il en résulte une impotence presque complète des mouvements d'adduction et de flexion du pouce et une limitation très marquée des mouvements d'extension et de flexion de l'index qui est légèrement fléchi.

Nous appliquons deux petites électrodes débordant légèrement les cicatrices reliées à la cathode, la plaque anode étant fixée à l'avant-bras, et nous faisons passer 20 milliampères pendant 20 minutes.

L'amélioration se fait sentir dès les premières séances. Les cicatrices se ramolissent et se décollent peu à peu des tissus sous-jacents. 20 séances faites dans l'espace d'un mois sont nécessaires pour ramener l'intégrité de tous les mouvements et la même puissance dynamométrique que de l'autre côté.

Le traitement est repris au bout de deux mois, moins pour la gêne fonctionnelle que pour la sensibilité anormale persistant au niveau de la cicatrice dorsale. Celle-ci est encore adhérente à un tendon de l'extérieur ce qui occasionne une gêne à l'occasion des mouvements, bien que tous soient possibles ; 7 séances donnent un résultat définitif. Les cicatrices sont souples et non douloureuses. J'ai revu ce malade dernièrement trois ans après la fin du traitement ; les mouvements de la main sont tout à fait normaux.

Observation IV. — Madame D..., se brûle la main gauche en nettoyant un gant avec de l'essence. Les brûlures qui occupent la totalité de la main ont suppuré pendant deux mois. La malade qui a hâte de guérir vient nous trouver alors que la cicatrisation est à peine terminée, la peau est même rouge, tendue et ne permet aucun mouvement des doigts. En 7 séances avec 10 milliampères à cause de la fragilité des tissus, les cicatrices sont assouplies. La malade part faire un voyage en automobile. L'usage de sa main lui est complètement revenu.

Observation V. — M. D..., serrurier, a en une adénite suppuré au pli de l'aîne qui a nécessité une incision. Après suppuration prolongée, la plaie s'est fermée par une cicatrice qui s'est peu à peu rétractée. Cette cicatrice douloureuse subissait pendant le travail du malade à son atelier une série de frottements contre l'établi. La répétition de ces frottements a amené des douleurs telles que le malade a dû interrompre son travail. Le repos pris à plusieurs reprises n'a pu avoir raison de cette sensibilité exagérée.

La cicatrice est dure, rétractée, mais ne gêne en rien les mouvements de la cuisse. L'élément douleur seul est en jeu. Le malade porte une sorte de protecteur en ouate recouvert de cuir, car le frottement même passager contre n'importe quel objet lui est très pénible.

Une première application du pôle négatif avec une faible intensité 10 milliampères pendant 20 minutes amène un soulagement marqué. En quatre séances espacées de deux en deux jours, la sensibilité cicatricielle a disparu.

Le malade reprend son travail. Il ne l'a jamais quitté depuis bientôt trois ans.

Observation VI. — P..., jeune homme a été opéré d'appendicite en pleine poussée aiguë. Il présente une cicatrice étalée, résultant d'une plaie opératoire qui a été drainée. Il se plaint de douleur au niveau de cette cicatrice ou plus exactement sous la cicatrice. Celle-ci est souple, bien qu'adhérente aux plans musculaires sous-jacents. Elle n'est pas douloureuse par elle-même.

On pense à des phénomènes névralgiques et nous appliquons le traitement électrique des névralgies. Nous appliquons le pôle positif sur la région douloureuse avec une intensité de 20 milliampères environ pendant 20 minutes. Les douleurs augmentent dans les heures qui suivent.

La seconde application est alors faite avec le pôle négatif, car on pense que ces douleurs pourraient venir d'adhérences profondes. L'amélioration est manifeste. Dix séances débarrassent le malade de ces douleurs. Il n'a plus souffert depuis deux ans.

Ces quelques observations prises au milieu d'autres semblables démontrent bien l'efficacité du courant galvanique ; et pourtant cette méthode qui ne nécessite qu'un matériel facile à se procurer, qui est d'une application des plus simples et qui par les faibles intensités employées n'expose à aucun risque, n'est pas employée. Il nous faut ajouter toutefois que le traitement des cicatrices de la peau en général est assez négligé et que le plus souvent le médecin croit son rôle terminé quand la cicatrisation s'est produite. Il faut qu'une cicatrice soit bien gênante ou que le malade insiste bien vivement pour qu'on se décide à intervenir. Et pourtant combien d'infirmités on pourrait faire disparaître, combien d'incapacités de travail on pourrait abréger par ce procédé. La gêne fonctionnelle qui résulte d'une cicatrice est parfois considérable par rapport à l'obstacle qui l'engendre. Nous l'avons toujours vu s'amender dès les premiers jours de traitement.

L'amélioration ne se fait pas seulement au cours des séances, mais dans les jours qui suivent. L'action modificatrice du courant se continue même après que l'application a cessé. Cela est bien connu dans la cure des

rétrécissements. Cette action n'a pas seulement lien sous l'électrode : elle s'étend à distance avec évidemment moins d'effet, la densité étant moins forte : mais elle permet d'atténuer les adhérences sous-cutanées ainsi que le montre notre observation VI.

Ce qui dominait chez le malade qui en fait l'objet, c'était l'élément douloureux profond, dans les plans sous-cutanés; aussi avions nous cru bon de nous adresser au pôle positif dont les propriétés sédatives sont bien connues. Mais au lieu de l'amélioration attendue nous eûmes une recrudescence des douleurs.

Le pôle négatif, au contraire, donna une amélioration rapide suivie bientôt d'une guérison définitive. Cet effet paradoxal ne peut s'expliquer que de la façon suivante. Les douleurs étaient dues sans doute à la compression des filets nerveux emprisonnés dans des tissus fibreux cicatriciels. Or, on sait que les névralgies résultant de compression sont rebelles au traitement classique par l'emploi du pôle positif. L'action ramollissante du pôle négatif en desserrant la trame fibreuse fit cesser la compression et les douleurs disparurent.

Ce traitement des cicatrices n'a donc pas seulement son intérêt qu'au point de vue fonctionnel : l'élément douleur peut en bénéficier.

Il est un autre point de vue aussi qui n'est pas à négliger, c'est le côté esthétique, qui a son importance quand les cicatrices siègent au visage ou sur une région découverte; elles peuvent constituer une gêne considérable pour l'exercice de certaines professions. Je laisse volontairement de côté le traitement des cicatrices chéloïdiennes, d'autres procédés thérapeutiques ayant été signalés comme très efficaces (haute fréquence, Rayon X, Radium).

J'insisterai en dernier lieu sur un point technique. Leduc recommandait, dans ses premiers travaux sur la question, les séances quotidiennes d'un quart d'heure et employait des cathodes de coton hydrophile imprégnées d'une solution faible de chlorure de sodium.

Il m'a paru préférable de faire des séances prolongées (trois quarts d'heure, une heure) en localisant aussi étroitement que possible le courant sur la cicatrice par l'emploi d'électrodes épousant la forme de cette dernière. Ces séances prolongées nous ont paru avoir une influence plus grande, amener une amélioration plus rapide et surtout continuer leur action dans les heures suivantes d'une façon plus efficace. Cela s'explique facilement, quelle que soit la théorie qu'on accepte pour expliquer l'action du pôle négatif. Pour Leduc, les courants continus provoquent dans l'organisme un double courant des ions, Hydrogène et métaux dans un sens, hydroxyle OH et acides dans l'autre ; c'est à la provocation de ces mouvements, qu'est due l'action thérapeutique, la restauration de la nutrition et le retour à l'état normal. Pour Zimmern, il y a également mouvement, mais c'est un transport cataphorétique des particules d'eau vers le négatif.

Les effets thérapeutiques seront donc d'autant plus grands que ces mouvements quels qu'ils soient, auront été plus prolongés. Il y a donc intérêt à faire des séances longues.

Quant à l'emploi de solution de chlorure de sodium pour imprégner l'électrode active, il ne m'a pas paru indispensable ; j'ai obtenu des résultats aussi rapides et aussi complets par l'application d'électrodes simplement humides.

En résumé, le courant galvanique est un agent des plus puissants et des plus efficaces pour agir sur les tissus cicatriciels et favoriser leur retour à l'état normal. Ils sont particulièrement recommandables dans le traitement des cicatrices rétractiles amenant une déformation de la région et causant un trouble fonctionnel ou purement esthétique et dans les cicatrices douloureuses, et par suite il ne doit être employé que sur des tissus indemnes d'infection, c'est-à-dire quand la cause morbide a cessé d'agir.

La galvanisation négative assouplit les tissus cicatriciels, fait disparaître complètement la gêne fonctionnelle et les douleurs qui en résultent, en diminue l'étendue et en atténue la coloration. Ses effets sont rapides et définitifs ; ils sont constants et amènent des guérisons complètes si le traitement est suffisamment prolongé (1).

De l'Importance des bonnes Analyses d'urine

Par M. le Dr HERVÉ, (de Dinard).

Un homme de 60 ans présente des signes de brightisme. L'analyse d'urine révèle à ce moment une quantité d'albumine oscillant autour de 0 gr. 60, ramené facilement à un minimum presque invariable de 0 gr. 10. Dans la suite, malgré une céphalée intermittente, l'état général reste bon. Quelques analyses (?) « à la cuiller » faites par le malade lui-même viennent confirmer l'opinion qu'il a de sa parfaite santé. Un an après, brusquement, en pleine activité physique et intellectuelle, une céphalée généralisée et intense oblige le malade à réclamer des soins immédiats. Mais au bout d'une demi-heure il entre dans le coma et il meurt cinq heures après.

L'urine émise en abondance au début et au cours de la crise fatale, analysée par un pharmacien, Mr Vivier, présente 3 gr. 60 d'albumine au litre.

Ainsi rapportée cette observation est banale et les détails cliniques n'apprendraient rien de plus.

Elle renferme pourtant une leçon.

En effet, la réaction de l'acide acétique donnait dans ce cas un trouble notable simplement, tandis que dans l'épreuve à l'acide azotique il se formait instantanément un précipité floconneux qui montait aussi vite que l'on retirait la pipette. Et ceci confirme l'opinion médicale classique, contraire à l'opinion populaire, mais je pense, plus raisonnée, que l'analyse d'urine est une chose délicate même quand il s'agit d'albumine. Je citerai à l'appui de cette assertion deux phrases de Londe extraites d'un ouvrage classique : « La réaction de Gubler donne plus de renseignements que la précipitation de l'albumine par la chaleur, après addition d'une goutte d'acide acétique dans le tube à expérience. Il est bon de corroborer les renseignements donnés par ces deux procédés. »

Je conclus :

1° Ceux qui emploient pour eux-mêmes le procédé « du vinaigre à la cuiller » courent de gros risques ;

2° Ceux qui le conseillent sont dangereux pour la société, et cela d'autant plus qu'ils sont plus qualifiés pour imposer leur opinion ;

3° La moindre albuminurie doit être dépistée et surtout soignée.

(1) *Soc. franç. d'électroth. et de radiol. médic.*

REVUE CLINIQUE

Méningite ourlienne

par MM. ROUSSEL et FOURCADE
Médecins-Majors à l'Hopital du Dey

Vous savez que la pratique systématique de la ponction lombaire et les examens cytologiques du liquide céphalo-rachidien en l'absence de cultures bactériennes positives ont permis de démontrer que le méningisme n'était en réalité qu'une réaction atténuée des méninges à une infection ou une intoxication. Nous avons eu récemment l'occasion de suivre, chez un jeune soldat, l'évolution d'une affection qui sans doute aurait mérité cette appellation peu scientifique, si le laboratoire ne nous avait pas formulé notre diagnostic d'une façon précise.

Nous allons tout d'abord vous relater l'observation que nous ferons suivre des réflexions qu'elle nous a suggérées.

E..., jeune soldat ressent le 11 février 1913 un léger malaise avec gonflement sous-maxillaire. L'apparition de céphalée le 12 au soir l'incite à aller à la visite médicale du 13. Son médecin, dont l'attention est éveillée par une petite épidémie d'oreillons qui sévit au 6e groupe d'artillerie, l'envoie à l'hôpital avec la mention : « En observation pour oreillons » bien qu'il n'en présente, à ce moment, aucun signe objectif.

Le 14 au matin. nous trouvons un homme sans tuméfaction parotidienne, sous-maxillaire, ni testiculaire. Les orifices des canaux de Stenon sont normaux. L'épreuve avec l'acide acétique dilué ne réveille aucune douleur dans les parotides. Le ventre est souple et le pancréas semble normal. E... se plaint uniquement de céphalée frontale dont les caractères douloureux ne paraissent pas extrêmement pénibles. L'examen révèle, cependant, une légère raideur de la nuque qui consiste surtout à rendre difficile le contact du menton avec le sternum. Aucun autre signe, soit du côté des réflexes, soit du côté des pupilles. Pas de constipation ni de vomissements. L'interrogatoire finit par faire avouer une légère photophobie. La température axillaire est à 37° 7. Le pouls est régulier et bat à 92.

Malgré cette symptomatologie fruste, le diagnostic de méningite est porté et une ponction lombaire est immédiatement pratiquée. On retire 6 à 8 centimètres cubes de liquide clair, sans hypertension. Après centrifugation le culot coloré et examiné sur lames est exclusivement constitué par des lymphocytes. Le liquide contient, en outre, une notable proportion d'albumine, mais pas de sucre. Comme la température axillaire du soir monte à 40°, l'hypothèse d'une méningite ourlienne est naturellement envisagée, mais est gênée par l'absence de toute tuméfaction des glandes salivaires. L'un de nous en vient à souhaiter l'apparition d'une orchite pour avoir la signature de l'affection et le lendemain matin, 15, le hasard voulait que l'orchite fût réalisée. Le diagnostic de méningite ourlienne était donc établi.

Des prélèvements de mucus amygdalien et de mucus rhinopharyngé furent ensemencés sur des milieux appropriés et ne donnèrent aucune culture de bacilles de Löffler ni de méningocoques. L'hémoculture et la culture du liquide céphalo-rachidien restèrent négatives. Le laboratoire était donc en complet accord avec la clinique puisque le germe des oreillons est encore inconnu et que le microcoque de Teissier et Esmein n'a pas fait ses preuves.

Le 16 la céphalée a presque entièrement disparu, mais il persiste encore un peu de Kernig qui s'est manifesté la veille. Tous les phénomènes (raideur de la nuque, Kernig et fièvre) s'atténuent progressivement pour disparaître

le 19. Le testicule droit reste cependant enflé jusqu'au 22. Parallèlement à cette amélioration, la température descend par lysis à la normale qu'elle atteint le 18. Le pouls tombe une fois à 60, mais oscille ensuite entre 80 et 100. La guérison clinique de la méningite peut être considérée comme obtenue le 19 février.

Le 24 on refait une ponction lombaire. Le liquide est toujours clair. Les lymphocytes sont aussi abondants. Il y a toujours de l'albumine mais pas de sucre. La culture en gélose-ascite reste négative. L'inoculation au cobaye est pratiquée mais elle restera absolument négative.

Le 6 mars nouvelle ponction lombaire. Le liquide est clair : il contient toujours de nombreux lymphocytes mais peut être en quantité un peu moindre que précédemment. L'albumine existe toujours et le sucre se montre à l'état de traces comme il est normal. L'hémoculture est négative. Le Wassermann du liquide céphalo-rachidien est négatif, celui du sang partiellement positif. (Résultats dus à l'obligeance de M. le docteur Nègre).

En résumé, il s'agit d'un jeune soldat qui a présenté une méningite cérébro-spinale indéniable et démontrée cliniquement par la céphalée, la raideur de la nuque et le Kernig et, biologiquement, par la lymphocytose et la présence de l'albumine. Comme étiologie, la concomitance de l'orchite doit forcément faire penser à une méningite ourlienne. Une petite épidémie d'oreillons régnait d'ailleurs, à ce moment, au régiment. C'est aussi un des caractères de la méningite ourlienne de n'avoir qu'une esquisse et une ébauche de symptomatologie.

Les affections chroniques méningées avec réaction lymphocytaire doivent être éliminées. Le Wassermann a été négatif avec le liquide céphalo-rachidien, ce qui exclut toute affection nerveuse d'origine syphilitique. E... ne présente d'ailleurs aucun antécédent, ni aucun stigmate de syphilis héréditaire ou acquise. Le sang peut, comme dans certaines infections, manifester au cours des oreillons, un Wassermann partiellement positif sans qu'une affection syphilitique soit nécessairement en cause. La tuberculose à laquelle on ne peut pas songer en présence de l'inoculation négative et des signes négatifs d'auscultation, ne nous habitue pas à semblable protéisme. Lorsque la réaction cytologique est constatée l'évolution vers une issue fatale se fait rapidement sans aucune rémission.

Donc, nous concluons que E... a bien été atteint de méningite ourlienne. Cette méningite est connue et nous n'en voulons pour preuve que les publications assez fournies que l'on retrouve facilement dans la littérature médicale récente. La bibliographie est résumée d'une façon à peu près complète dans la thèse de Feliciano (Paris, janvier 1907). Récemment, le 6 mars 1913, le médecin-major Laplanche, de Limoges, en communiquant 3 observations de méningite ourlienne, disait à la Société de médecine militaire française que « certaines méningites cérébro-spinales plus ou moins atténuées, sont des manifestations d'une infection ourlienne fruste. » Cette méningite est ordinairement bénigne, mais elle n'est pas fréquente. Nos souvenirs qui embrassent de nombreuses épidémies dans des villes fort différentes où régnaient même des méningites cérébro-spinales d'une façon presque endémique, ne se fixent que sur deux cas, celui-ci et un autre mortel. La nécropsie ne nous a révélé que de l'œdème cérébral et les signes d'une méningite séreuse. C'est la règle.

La méningite ourlienne est d'une symptomatologie peu bruyante, effacée et demande d'être recherchée et prouvée par la ponction lombaire. Elle est ordinairement précédée d'orchite. Chez E..., la tuméfaction testiculaire a été postérieure aux phénomènes méningés. Elle explique les cas de cécité signalés après les oreillons.

La persistance de la lymphocytose et de l'albumine nous donnent à penser que le processus méningé est long à guérir, bien que la réapparition des traces de sucre semble annoncer la restitution *ad integrum*. Ces signes doivent, à notre avis, motiver un pronostic réservé pour l'avenir. (1)

REVUE DE PATHOLOGIE

Le Réglage naso-bulbaire et le prurit

Par Pierre BONNIER

L'irritation des organes internes est provoquée ou accompagnée par l'irritation des centres bulbaires qui normalement veillent sur ces organes. Au niveau de ces centres prennent naissance des racines nerveuses à fonction sensitive ou trophique et à l'extrémité des nerfs qu'elles forment se produisent des réverbérations irritatives telles que prurit, hyperesthésie, névralgie, migraine, ou acné, urticaire, eczéma, psoriasis, herpès, etc. La sollicitation naso-bulbaire de ces centres a pour double effet de faire cesser le trouble de l'organe profond et aussi sa réverbération superficielle.

Voici quelques expériences assez variées, choisies dans un grand nombre.

Mlle M..., dix-huit ans. — N'est pas réglée mais a, depuis deux ans, chaque mois, très régulièrement, trois jours de coryza aigu, avec *prurit nasal* intense. Deux cautérisations. Après la seconde, à la date habituelle, les premières règles sont apparues, sans douleur ni trouble aucun et la rhinite attendue ne s'est pas produite. Le mois suivant, pas de règles, mais reprise du prurit et du coryza. Une nouvelle cautérisation remet tout en ordre et définitivement (Janv. 1908).

Petite C..., six ans. — *Prurit nasal* intense avec constipation opiniâtre depuis la naissance. Une cautérisation provoque une débâcle le soir et le lendemain et la malade guérit après quelques oscillations, mais le prurit avait disparu dès le premier jour (Mai 1908).

Mme B... fut prise, à la suite d'un empoisonnement par des couleurs, avec palpitations violentes et syncopes répétées, d'un rhume des foins durant chaque année trois mois (Avril, Mai, Juin,) accompagné d'une abondante et pénible hydrorrhée, de *prurit nasal* et *auriculaire* intenses, de poussées *d'urticaire* sur le nez et sur les yeux. Cette affection résista à tout traitement. Chaque crise annuelle était régulièrement précédée d'une période d'anorexie absolue et d'un amaigrissement profond. — Deux cautérisations coupèrent la crise qui ne s'est reproduite que légère et de peu de durée l'année suivante. Tous les troubles satellites disparurent de même (Avril 1909). — La malade est maintenant totalement guérie,

Mme R..., trente-six ans. — Anxiété apparue subitement en crise, au milieu de la nuit. Depuis, éblouissements, étourdissements, palpitations, gastralgies, dépressions. Ne peut supporter la foule, traverser seule les rues, séjourner dans les grands magasins qui l'affolent, vertige de l'escalier. Ses grandes crises d'agoraphobie s'accompagnent obsessivement d'idées de suicide et d'un *prurit* violent de la région œsophagienne. Plusieurs membres de sa famille sont asthmatiques. Une cautérisation supprime net du jour au lendemain toute anxiété et toute agoraphobie. Elle circule seule, revient chez moi sans être accompagnée, me dit n'avoir plus aucune angoisse, aucune constriction, aucun prurit de la gorge et avoir repris son équilibre moral parfait. Cet état durait depuis trois ans (1909).

M. A. M..., vingt-six ans. — *Crevasses* symétriques des doigts, *prurit.* Mieux en deux cautérisations (Polycl. H. de Rothschild.)

M. B..., vingt-six ans. — Coryza chronique, varices pharyngées et surtout *prurit nasal* intense depuis plusieurs années, phosphaturie. Le prurit disparait après la seconde séance (1909.

Mme D..., quarante-quatre ans. — Professeur de chant, très gênée par une sécheresse continue de la gorge avec *prurit laryngé*, anxiété raucité de la voix, agoraphobie, anxiété noturne. Tous ces troubles disparaissent en deux cautérisations (1909).

M. L..., quarante-quatre ans. — Souffre depuis quatre ans, au milieu d'une foule de troubles nerveux, d'un *urticaire* avec *œdèmes* brusques, bouffissure de la face, de la gorge, des bourses, avec peu de prurit, mais des *cloques* qui apparaissent rapidement, tantôt sur tout le côté droit, tantôt sur le côté gauche, surtout quand il a pris du sel en mangeant, ou des œufs, ou des choux, ou du bouillon gras. Ces troubles et cette susceptibilité disparaissent après trois cautérisations (1909).

M. G..., quarante-sept ans. — Crise d'asthme nocturne associé depuis quatre ans à des crises d'érections douloureuses avec poussées de *prurit nasal* pénible. Une première cautérisation fait disparaître l'oppression et les érections cessent pendant trois nuits. Une seconde produit les mêmes effets. Une troisième et une quatrième espacent sensiblement les accidents. Il ne reste bientôt que de l'oppression sans asthme et l'irritation génitale s'atténue. La guérison se maintient de Novembre 1909 à Janvier 1912.

Mlle J... — Constipation ancienne, crises *d'hyperesthésie* nasale et de *prurit* de tout le cuir chevelu avec *chute des cheveux* depuis trois ans. Une cautérisation : la constipation, le prurit et l'hyperesthésie cessent dès le lendemain et la chute des cheveux cesse après quelques jours et n'a pas repris depuis cette époque (Juin 1908).

Mme C. L..., trente-six ans. — *Psoriasis* depuis dix ans, dans les cheveux et les sourcils, avec *prurit* intense. Le prurit disparaît aussitôt après la première cautérisation, le psoriasis disparaît du cuir chevelu après la seconde et diminue sur les yeux. Des plaques aux mains et aux pieds s'atténuent et la couronne seule persiste pendant un mois environ, puis disparaît.

Mme M..., quarante ans. — *Eruption prurigineuse acnéiforme* du visage, depuis un mois et demi. Disparition en huit jours.

Mme P..., Prurit ophtalmique profond disparu après une cautérisation (1910). Le sucre des urines descend de 2 gr. à 0,45 centigrammes.

Mlle B... — Constipation habituelle, *prurit des bras et des jambes.* Le prurit disparaît ainsi que la constipation, après deux cautérisations.

Mlle S. S... — Hydrorrhée nasale, le nez rougit par le froid, prurit *intra-nasal*, pieds glacés. Dès la première cautérisation, le prurit nasal disparaît et les pieds cessent d'être froids.

M. M..., vingt-cinq ans. — Asthme nasal, emphysème, oppression digestive, ne supporte ni tabac ni café depuis plusieurs années, dort mal. *Prurit intense* du cuir chevelu, *urticaire blanc.* Tous ces troubles disparaissent en trois cautérisations. Le malade dort, mange de tout, fume et prend son café sans aucun ennui, le prurit et l'urticaire ne réapparaissent plus. L'asthme disparaît après la seconde cautérisation (1912).

Mme V. R... — *Eczéma symétrique* depuis un mois, jambes, poignets et bras. Le prurit exaspère jusqu'à la nausée ; constipation habituelle, intolérance digestive. Quatre cautérisations font disparaître le prurit, l'eczéma et la constipation. Un dîner au poisson avec huîtres, café, etc...,

(1) *Soc. de médec. d'Alger.*

provoque une légère rechute. Une cinquième cautérisation dégage totalement; plus de régime; bouillabaisse, crustacés, fraises, tout est toléré. La malade peut prendre des bains de mer, qui ne lui réussissaient pas, sans aucun inconvénient (1912).

J'ai rapporté ici même, dans une note sur les centres organostatiques (27 mai 1911), l'observation d'un prurigo intense soigné en vain depuis huit mois, dans lequel le prurit avait disparu une heure après la première cautérisation.

Petite Bl. B... cinq ans. — Prurit vulvaire, nymphomanie. Améliorée et guérie après quatre cautérisations (Polycl. H. de Rothschild).

Mme C... — Constipation, migraines, étourdissements continuels, *érythème nasal*, pieds glacés, *prurit vulvaire*. Une cautérisation : disparition de tous les symptômes, sauf l'érythème, dès le lendemain matin (Février 1909).

Mme D..., quarante-six ans. — Ménopause, albuminurie légère, dysurie (500 gr.), diarrhée continue depuis des années, ictère fréquent, coliques hépatiques, oppression, palpitation, *prurit vulvaire*, insomnie. La première cautérisation dégage l'appareil digestif, la malade digère mieux, se sent bien, a des selles presque normales, puis elle a 1200 gr. d'urine et le prurit vulvaire diminue. Les règles, suspendues depuis quatre mois, reviennent une dernière fois. Le sommeil est meilleur. Tous les troubles disparaissent, ainsi que l'albuminurie, après deux mois (1910).

Mme G. de C... — Diabète depuis douze ans, avec 63 gr. de sucre et un affaiblissement notable de la vue qui lui interdit toute lecture. Six cautérisations diminuent le sucre à 30 gr. et la vision est assez revenue pour que la malade lise facilement les lettres qu'elle reçoit. Le *prurit oculaire* et le *prurit vulvaire* ont disparu. (1)

(1) Soc. de Biologie.

REVUE DE CHIRURGIE

Pseudo-myxome de l'appendice

par M. COCHEZ
Chirurgien des Hôpitaux

Voici une observation de tumeur peu banale de l'appendice, tumeur dont l'examen clinique du malade n'avait pu faire soupçonner le siège et qui a été une véritable surprise opératoire.

Le nommé D... Louis, 33 ans, boulanger, entre à l'hôpital, salle Larrey, le 17 décembre 1912 pour des douleurs de ventre.

Ses antécédents héréditaires n'offrent rien de bien particulier. Son père, mort à 80 ans, avait toujours eu une bonne santé, ne toussait jamais. Sa mère vit, très bien portante. Un frère est mort de tétanos, une sœur de fièvre typhoïde. Il reste encore cinq sœurs et un frère tous en bonne santé et nullement sujets à quelque affection pulmonaire.

Notre malade a contracté les fièvres paludéennes à l'âge de 9 ans et, pendant son service militaire, un ulcère de la cornée.

Il y a quatre ans, il est atteint d'une bronchite qui dure un mois et demi. Depuis cette époque il s'enrhume très facilement et expectore souvent des crachats jaunâtres. Il transpire fréquemment la nuit et maigrit sensiblement depuis plusieurs mois. Pas d'hémoptysies.

Entre deux fournées de pain il fait volontiers quelques libations, mais n'est pas éthylique. Pas de syphilis probable.

Il y a quatre mois, le malade ressentit au niveau de sa fosse iliaque droite une vive douleur qui l'obligea à se coucher. Presque en même temps apparaissait une diarrhée mêlée de sang rouge qui dura deux jours. Le tout s'accompagnant d'une légère fièvre. Mais ces douleurs abdominales s'étant apaisées tout en laissant dans la fosse iliaque une sensation d'endolorissement, le malade reprit son travail. A la diarrhée primitive avait succédé une constipation tenace. Jusqu'à son entrée à l'hôpital, le patient n'a plus ressenti de crises douloureuses mais seulement la douleur sourde signalée qui s'accentue quand il se courbe pour un effort violent dans le travail.

A signaler que lors de ses poussées douloureuses abdominales, le malade n'a jamais observé de fièvre ni de vomissements.

A l'examen il nous apparaît amaigri, assez chétif d'aspect.

L'abdomen est normal à l'inspection. A la palpation nous percevons, dans la fosse lombaire droite, une tumeur allongée dans le sens vertical; son pôle supérieur se trouve un peu au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'ombilic : son pôle inférieur se trouverait sur l'horizontale passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le corps de la tumeur est au point de Mac Burney. La palpation est quelque peu douloureuse. Si on fait contracter la paroi abdominale la tumeur disparaît.

Mais le caractère clinique dominant c'est la mobilité. On peut promener notre tumeur dans toute la fosse iliaque et même au delà de l'ombilic; on peut, en la prenant profondément dans la main, l'amener à faire saillie sous la paroi. Longtemps palpée et mobilisée elle peut disparaître : pour la retrouver il faut mettre le malade dans la station debout.

L'examen des autres appareils est négatif, sauf pour les poumons. Au sommet droit on trouve une légère submatité avec vibrations augmentées, respiration obscure et saccadée et résonnance de la voix. Pas de râles perceptibles.

L'appareil digestif est normal : on note seulement un peu de constipation et une diminution d'appétit.

L'appareil urinaire est silencieux.

Nous basant sur les apparences bacillaires de notre malade d'une part, sur la localisation et la mobilité de notre tumeur, d'autre part, nous posons le diagnostic de tuberculose hypertrophique du cœcum et proposons une intervention aussitôt acceptée.

Anesthésie au chlorure d'éthyle et à l'éther. Assistance de M. le docteur Ferrari. Incision de Jalaguier. L'abdomen ouvert, nous tombons immédiatement sur une tumeur lisse, régulière, allongée en forme de poire.

Cette tumeur très mobile adhère au cœcum par sa grosse extrémité. Cette adhérence est rompue avec la plus grande facilité, en décortiquant quelque peu la séreuse et l'extirpation est aisément faite. La tumeur kystique étant bien fermée et isolée de l'intestin, point n'est besoin sur la zone d'insertion d'une suture compliquée.

Nous examinons avec soin toute la région, reconnaissons les bandelettes cœcales et l'abouchement du grêle, mais recherchons en vain l'appendice.

Force est donc d'admettre que notre tumeur est bien un appendice transformé.

Le ventre est refermé suivant le mode habituel sans drainage, l'intervention ayant été très simple et très rapide.

Pas de réaction les jours suivants. Guérison complète en deux semaines.

L'examen de la pièce nous montre une tumeur ovoïde de la grosseur d'un œuf de poule environ, avec une grosse extrémité renflée et l'autre un peu allongée. L'insertion cœcale est au pôle arrondi. La tumeur est absolument lisse et rénitente; on la dirait kystique. Nous cherchons en vain un petit orifice de communication avec l'intérieur de la cavité; c'est une cavité bien close. Une région, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, apparaît jaunâtre et de consistance cornée : on dirait d'un panaris prêt à s'ouvrir.

A l'ouverture, la tumeur laisse échapper non pas du liquide comme nous nous y attendions, mais une sorte de mucilage blanc, épais, absolument comparable à la guimauve des camelots. Cette matière coule difficilement et son évacuation fait apparaître la face interne du kyste blanche, parsemée de petits dépôts épais comme de menues plaques calcaires.

Aucune odeur de ce contenu.

M. le Docteur Murat, à qui nous remettons la pièce aux fins d'examen plus complet, nous répond ceci :

« La paroi de la tumeur est constituée par l'appendice. »

La matière mucilagineuse que contient la poche ne présente à l'examen aucune formation tissulaire; c'est une substance amorphe pâteuse contenant un assez grand nombre de leucocytes polynucléaires.

Des examens répétés n'ont montré aucun débris de parasites.

Des ensemencements (une mycose ayant été soupçonnée), n'ont donné aucun résultat. L'examen chimique n'a pas été pratiqué.

Quelle peut être la nature de cette tumeur de l'appendice que nous avons découverte et enlevée chez notre malade?

La solution de cette question paraît singulièrement embarrassante et ce n'est pas dans les traités classiques que nous trouverons une description se rapprochant du cas que nous avons relaté. Les lésions de l'appendicite chronique ne semblent nullement se rapporter à pareille néoplasie. La forme pseudo-kystique de notre appendicite n'est pas non plus celle des appendicites tuberculeuses, où il s'agit plutôt d'abcès ou d'appendices atrophiés. L'examen microscopique n'a d'ailleurs pas décelé la présence d'éléments caractéristiques.

S'agit-il d'actinomycose de l'appendice? Dans un mémoire de Letulle de 1903, sur ce sujet, les lésions décrites sont tout autres que celles que nous avons observées ici : il s'agit d'appendices atrophiés, noyés dans une matière caséeuse.

D'ailleurs les épreuves de laboratoire dirigées dans ce sens à propos de notre cas, sont restées négatives.

Nous ne voyons donc, pour se rapprocher de la nôtre, que la description se rapportant à la maladie gélatineuse du péritoine. Dans une leçon récente (décembre 1912), M. le Professeur Lejars décrit cette curieuse affection caractérisée par la présence dans la cavité péritonéale de masses glutineuses gélatiniformes. Elles auraient pour origine première la perforation d'un appendice kystique, d'un kyste mucoïde de l'appendice. Ces kystes appendiculaires ne seraient pas rares et pourraient atteindre le volume du poing, le volume d'une tête d'adulte.

Notre malade semblait donc porteur d'un de ces kystes, non perforé encore. Un point cependant semble le différencier : cette apparence de guimauve, de fromage à la crème qu'offrait le contenu et non pas de gélatine plus ou moins transparente.

Il est regrettable, d'ailleurs, qu'un examen plus complet de ce contenu n'ait pas été fait au point de vue chimique.

Il eût été particulièrement intéressant de rechercher si cette substance était formée de mucine, s'il s'agissait d'une sécrétion glandulaire intestinale.

Quoi qu'il en soit, souhaitons à notre malade que sa lésion se rapporte bien à la maladie gélatineuse du péritoine, au pseudo-myxôme. Car il s'agit là d'une affection réellement bénigne et nullement sujette à récidive, surtout après ablation complète. (1)

(1) *Soc. de médec. d'Alger*

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

A propos d'un cas de grossesse triple

Par M. A. HERRGOTT

Le docteur Jean Heisch, médecin à Bouligny (Meuse), m'a envoyé, il y a quelques mois, la relation d'un accouchement trigemellaire auquel il avait assisté le 16 juillet 1911, me disant qu'il m'autorisait à donner à l'exposé succinct de ce fait exceptionnel toute la publicité que je jugerais convenable.

Il s'agit d'une femme en travail arrivée au 7e mois de sa grossesse.

Après la sortie d'une premier enfant, du poids de 1.830 grammes et de 45 centimètres de long, venu en présentation du siège, la parturiente fut prise d'une hémorragie très abondante. La sage-femme en voyant la faiblesse de la malade, redoutant une hémorragie par inertie, fit appeler le Dr Heisch, qui s'empressa de répondre à cet appel.

Il était deux heures de l'après-midi.

« J'arrivai, m'écrit le Dr Heisch et ne remarquai au début rien d'extraordinaire. La femme ne perdait plus et des frictions manuelles sur le ventre suffirent à entretenir la contractibilité utérine. Je fus pourtant frappé par le volume considérable de l'abdomen, l'utérus remontant encore très haut.

Au toucher, je sens une poche des eaux que je ne parviens à rompre qu'avec une aiguille à tricoter préalablement flambée et glissée sous le doigt. Aussitôt après, une forte contraction expulse, en présentation du siège également, une petite fille de 1.950 grammes et de 43 centimètres de longueur.

Mais le ventre est encore très gros, et je dois vous dire que je ne songeais nullement à ce qui allait se passer.

Nous attendons... la délivrance et elle arrive en effet au bout de trente minutes ; c'est un placenta de grossesse gemellaire univitelline avec deux amnios seulement accolés dans la cloison médiane. Un côté de la poche est rompu, le cordon est inséré sur le placenta, mais l'autre poche est intacte et renferme un troisième fœtus, un garçon.

Les membranes sont immédiatement déchirées, le cordon, lié et sectionné, et l'enfant, un garçon, beaucoup plus petit que les précédents, il ne pèse que 1.180 grammes et ne mesure que 40 centimètres, ne vit que pendant trois quarts d'heure, malgré tous les soins qui lui sont prodigués.

Il est, à ce moment, trois heures et quart. Le cordon du dernier-né présentait une insertion vélamenteuse.

Un troisième cordon restait pendant à la vulve, c'était celui du deuxième enfant qui, au bout d'une demi-heure, est suivi de l'expulsion d'un placenta et de membranes indépendantes de l'œuf gémellaire précédent.

En résumé, la parturiente avait eu de grandes douleurs depuis midi et demi, et, à quatre heures, tout était terminé.

Le poids total des trois enfants était de 4.660 grammes.

Le lendemain, je suis allé revoir l'accouchée qui ne présentait aucun symptôme inquiétant, mais la petite fille de 1.650 grammes, celle qui était née la seconde, avait succombé la veille à dix heures du soir.

Il ne restait donc plus que le premier-né un garçon de 1.830 grammes qui pourra peut-être vivre ? »

Ainsi, d'après le récit que nous fait le docteur Heisch, il y avait, pour le premier et le troisième fœtus, une grossesse gémellaire univitelline, les deux fœtus ayant le même chorion placentaire, et les cavités amniotiques n'étant séparées l'une de l'autre que par l'accolement de leur amnios.

Cette disposition est celle qui se rencontre dans le plus grand nombre des cas ; d'après Strossmann, 11 fois sur 20, il existe deux œufs.

Le diagnostic de cette grossesse triple n'avait pas été fait avant le début du travail et encore ne le fut-il plus tard que *progressivement*, au fur et à mesure de l'expulsion des fœtus. M. Heisch qui avait été appelé pour une hémorragie, n'avait pas songé, an premier abord, à rechercher dans une grossesse multiple la cause de cette augmentation de volume de l'utérus ; la grossesse n'étant qu'an septième mois et les fœtus ne pesant ensemble que 4.660 grammes.

Il n'en est pas toujours ainsi, mais le diagnostic complet d'une grossesse triple se fait en somme assez rarement. Je rappellerai cependant que notre collègue Pinard a pu le faire dans un cas observé, en octobre 1888, dans son service à Lariboisière, et publié en janvier 1889 dans les *Annales de Gynécologie*. Il avait reconnu, par le palper seul, 6 pôles et 3 plans résistants. Il est vrai que cette fois les fœtus étaient du poids de 2150, 2720 et 2950, soit un total de 7820 grammes.

Le plus fréquemment, on ne diagnostique d'abord qu'une grossesse gémellaire, et ce n'est qu'après l'expulsion des deux premiers fœtus qu'on reconnait que l'utérus en contient encore un troisième.

C'est ce qui s'était produit dans le cas de grossesse triple que nous avons publié, en juin 1882, dans les *Annales de Gynécologie*.

On comprend et on excuse un peu cette erreur étant donné la rareté relative des grossesses triples.

Veit, dans son important mémoire de statistique générale publié en 1856 dans la *Monatschrift für Gynækologie*, statistique basée sur 13 millions de naissances, a trouvé, en moyenne, une grossesse triple pour 7910 naissances.

En France, d'après le mémoire de A. Puech, publié en 1872, la grossesse triple serait plus rare encore. Alors qu'elle s'observe en Russie 1 fois sur 4054 accouchements, on ne la rencontrerait qu'une fois sur 8256 accouchements dans notre pays.

Cependant, de 1872 à 1911, sur 17.890 accouchements, nous avons pu recueillir 5 cas de grossesses triples ; le cas que j'ai publié en 1882, celui que M. Job a communiqué à la *Société de médecine de Nancy*, le 13 juillet 1910 et les 3 cas également recueillis dans notre service qu'il a présentés le 8 mars 1911. Ces derniers cas avaient été sucessivement observés le 10 septembre 1910, le 4 février et le 23 février 1911. Ce dernier exemple de grossesse triple s'était terminé par un avortement survenu à 4 mois et demi.

La malade de M. Heisch, qui fait l'objet de cette communication, est encore intéressante par sa grande multiparité.

Agée de 35 ans, elle a déjà eu dix-huit enfants, ainsi répartis. Les dix premiers sont d'un premier mari et les huit autres d'un second.

A 18 ans, première grossesse simple, garçon vivant, ayant actuellement 17 ans.

A 20 ans, deuxième grossesse simple, garçon vivant, 15 ans.

A 23 ans, troisième grossesse simple, garçon mort accidentellement à 4 ans.

A 25 ans, quatrième grossesse simple, fille âgée de 11 ans.

A 28 ans, cinquième grossesse, *gémellaire*, accouchement à terme, un garçon vit, 9 ans, une fille, morte à un an de gastro-entérite.

A 29 ans, sixième grossesse, *gémellaire*, accouchement à six mois et demi ; deux filles mortes depuis dix jours dans le sein maternel, délivrance artificielle, longue convalescence de trois mois.

A 31 ans, septième grossesse, accouchement normal, petite fille morte à cinq mois de gastro-entérite.

A 33 ans, huitième grossesse, *gémellaire*, à terme, une fille morte à deux mois, un garçon mort à sept mois, comme sa sœur, de débilité congénitale.

Onze mois après, neuvième grossesse, accouchement à sept mois d'un garçon mort au bout de sept jours.

Dix mois après, à 34 ans, dixième grossesse *gémellaire*, se terminant à cinq mois et demi par l'expulsion d'un garçon et d'une fille qui ne vécurent que deux ou trois heures. Dans le courant des deux derniers mois de la gestation, hémorragies répétées dues à un décollement prématuré. Délivrance artificielle.

Onze mois plus tard, à 35 ans, onzième grossesse qui se termine par l'*accouchement triple* que nous venons de rapporter.

Mais cette observation est actuellement incomplète. Le docteur Heisch m'écrit que depuis sa grossesse triple, sa malade est redevenue enceinte pour la douzième fois, grossesse normale, simple, arrivée à terme à la fin de juillet 1912 pour se terminer par l'expulsion d'un gros bébé de 3.800 grammes, nourri malheureusement, malgré ses conseils à la farine lactée. Deux mois après, l'enfant succombait à des convulsions, suites de gastro-entérite.

Si la cliente de M. Heisch est une très grande multipare, elle est encore loin d'atteindre la Signora Madeleine Granetta, de Nocira, près de Naples, qui, en 29 ans de mariage, aurait donné le jour à 62 enfants. 59 garçons et 3 filles et dont la *Revue française de médecine et de chirurgie* du 26 janvier 1903 a publié l'observation. Il faut reconnaître cependant que notre Meusienne est encore un bel exemple de fécondité et, qu'à ce titre aussi, elle méritait de vous être signalée. (1

(1) Soc. d'obsté. et de gynéc. de Nancy.

REVUE DE PÉDIATRIE

Les déformations thoraciques transitoires et permanentes dans l'adénopathie trachéobronchique de l'enfance

Par MM. les Drs d'ŒLSNITZ et PRADAL

L'observation et l'étude de nombreux cas d'adénopathie trachéobronchique confirmés quelquefois anatomiquement et le plus souvent par des examens radioscopiques fréquents, donnent lieu aux constatations suivantes :

Chez les très jeunes enfants, les adénopathies médiastinales donnent facilement lieu à des paroxysmes dyspnéiques de variable gravité, dont l'origine ganglionnaire est aujourd'hui admise sans conteste. Dans la grande majorité des cas, l'on peut individualiser un *tirage adénopathique*, déjà décrit par M. Guinon, caractérisé par un retrait total inspiratoire de la partie inférieure du plastron sterno-costal sous forme d'un *sillon* transversal sous-mamelonnaire, au-dessus duquel le thorax paraît voussuré et globuleux. Cette déformation rythmique se distingue assez nettement du tirage croupal avec dépression infundibuliforme du creux épigastrique. Pareille déformation paraît capable de s'imprimer sur le thorax de l'enfant plus âgé et, chez les sujets présentant d'une façon fixe un thorax globuleux déprimé inférieurement plus ou moins profondément, l'on retrouve un passé adénopathique assez lointain et l'examen radioscopique en décèle généralement des reliquats actuels. La fréquence de pareilles constatations paraît permettre d'individualiser un *thorax adénopathique*, dans la seconde enfance.

SUR LES DENTS

Un fureteur américain fort persévérant, vient d'établir une statistique assez curieuse. Il existe aux Etats-Unis douze fabriques de dents artificielles.

La fabrication annuelle de ces douze fabriques donne un total de dix millions de dents.

Pour le plombage des dents creuses les lingots d'or employés dans la même période de douze mois ont une valeur de deux millions 500.000 francs.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

L'Intoxication oxycarbonée aiguë

Par M. le Docteur BALTHAZARD

Les uns veulent que l'oxyde de carbone, gaz inerte en dehors de son affinité pour l'hémoglobine, agisse uniquement en privant l'organisme d'oxygène ; les autres attribuent à l'oxyde de carbone une action délétère propre sur les protoplasmes cellulaires. Nous nous rallions à une théorie éclectique, admettant que l'oxyde de carbone détermine la mort par deux processus: celui de l'asphyxie et celui de l'intoxication.

Le *coefficient d'empoisonnement* est le rapport de la quantité d'hémoglobine, rendue inutilisable par suite de sa combinaison avec l'oxyde de carbone, à la quantité d'hémoglobine totale pour un volume de sang déterminé.

La valeur du « coefficient d'empoisonnement », comprise entre 8 et 1, donne donc la véritable mesure de l'anoxhémie ; multipliée par cent, elle exprime le pourcentage de l'hémoglobine devenue indisponible pour la fonction d'hématose.

L'oxyde de carbone forme avec l'hémoglobine une combinaison bien définie ; c'est dire que l'on pourra doser l'hémoglobine en mesurant la quantité d'oxyde de carbone que fixe cette substance.

Pratiquement, pour déterminer le « coefficient d'empoisonnement », il suffira de doser la quantité d'oxyde de carbone contenue dans un volume de sang déterminé, d'une part ; de rechercher, d'autre part, la quantité maxima d'oxyde de carbone que ce même volume de sang est susceptible de fixer et de faire le quotient des deux valeurs obtenues.

Le « coefficient d'empoisonnement » donne une mesure précise du degré d'anoxhémie auquel est parvenu l'individu au moment où la mort est survenue.

Dans les cas moyens, le « coefficient d'empoisonnement » est compris entre 0, 60 et 0,69 ; c'est-à-dire que la mort survient quand les deux tiers de l'hémoglobine sont saturés par l'oxyde de carbone, ou, ce qui revient au même, quand l'organisme ne dispose plus que du tiers de la quantité normale d'oxygène.

Les valeurs élevées du « coefficient d'empoisonnement » correspondent aux cas où la mort est survenue très rapidement dans une atmosphère riche en oxyde de carbone. Au contraire, les valeurs basses sont relatives à des individus qui ont succombé à une intoxication oxycarbonée prolongée plusieurs heures.

Pour l'homme et pour les animaux qui sont des compagnons de foyer (chiens et chats), l'atmosphère mortelle doit renfermer au moins 1/200 d'oxyde de carbone. Déjà les atmosphères à 1/300 ne provoquent pas la mort, au moins immédiatement, quelle que soit la durée de l'intoxication.

Dans l'intoxication oxycarbonée aiguë l'asphyxie prédomine à tel point qu'elle masque presque complètement l'action toxique de l'oxyde de carbone, en admettant que cette dernière puisse se produire dans le temps, toujours court, qui précède la mort ou le rappel à la vie.

Il n'a été donné jusqu'ici aucune preuve irréfutable de la toxicité directe de l'oxyde de carbone, dans l'intoxication aiguë.

Les paralysies oxycarbonées peuvent se diviser en quatre groupes : 1° hémiplégies d'origine centrale, liées à des tromboses vasculaires amenant des ramollissements des corps striées ; les lésions sont donc d'origine purement vasculaire ; 2° paralysies liées à l'existence de polynévrites périphériques, mais l'étiologie des accidents est restée obscure. Aucune vérification n'a été faite, soit de la présence de l'oxyde de carbone dans le sang, soit du fonctionnement défectueux de l'appareil de chauffage. Ces observations n'ont aucune valeur scientifique ; 3° polynévrites périphériques à la suite de tentative de suicide à l'aide du réchaud de charbon ; mais d'autres facteurs que l'oxyde de carbone — l'alcoolisme par exemple — ont pu intervenir dans la production des lésions. Est-on en droit de les négliger, alors que leur action toxique sur les nerfs est bien établie, pour charger l'oxyde de carbone de tous les méfaits ? 4° accidents purement névropathiques, qui s'observent également à la suite de toutes les tentatives de suicide et de tous les chocs nerveux et paraissent relever de la pathologie de l'émotion ; 5° paralysies survenues à la suite d'intoxications oxycarbonées bien démontrées, la nature oxycarbonée de la paralysie ne laissant aucune place au doute.

L'asphyxie est le facteur primordial, sinon unique, dans l'intoxication oxycarbonée aiguë. Cette proposition repose sur les constatations suivantes : 1° au moment de la mort, dans l'intoxication oxycarbonée l'anoxhémie atteint le même degré que dans les asphyxies ; 2° quand on procure, par un artifice, de l'oxygène aux tissus, l'oxyde de carbone ne peut plus tuer les animaux ; 3° les animaux privés d'hémoglobine sont insensibles à l'action de l'oxyde de carbone ; 4° l'intoxication carbonée aiguë réalise mêmes symptômes et mêmes lésions que les asphyxies.

Lorsqu'on examine le cadavre ou le survivant peu de temps après qu'il a été retiré de l'atmosphère délétère, on trouve une coloration caractéristique de la peau et des muqueuses, qui suffit pour éveiller l'idée d'une intoxication oxycarbonée. Dès le début de l'autopsie, la coloration spéciale des muscles et des viscères, les lésions du poumon — *œdème carminé* de Lacassagne — permettent de poser un diagnostic précis. Néanmoins le diagnostic toxicologique de l'indication ne doit jamais être négligé, et l'on doit pour cela, recueillir, autant que possible, le sang presque pur que renferme le cœur et les vaisseaux. On fera le dosage de l'oxyde de carbone et on déterminera le coefficient d'empoisonnement. On pratiquera l'examen spectroscopique du sang, car s'il est négatif il permettra d'écarter sans hésitation l'hypothèse d'une intoxication oxycarbonée mortelle.

Dans le problème de la survie, les inconnues sont donc nombreuses, puisque la survie est favorisée par les causes suivantes : résistance plus grande à l'asphyxie, immobilité absolue du sujet, faible valeur des échanges respiratoires, existence d'un courant d'air apportant un peu d'air frais. Elle est au contraire, diminuée par la faible résistance à l'asphyxie (vieillards atteints de tares organiques), par l'activité des échanges respiratoires, par l'exercice musculaire, par la proximité du point où se dégage l'oxyde de carbone.

Dans ces conditions on peut conclure qu'il n'existe, à l'heure actuelle, aucun moyen scientifique de trancher la question de survie et qu'il importe de laisser aux tribunaux le soin de solutionner les procès que suscite cette question.

REVUE DE RADIOGRAPHIE

Mesure radiographique des mouvements de l'épaule

Par M. MIRAMOND DE LAROQUETTE

Médecin-major de 1re classe, à Alger,
chef du service de physiothérapie de l'hopital du Dey.

La radiographie nous fournit des données importantes dans les cas d'ankylose partielle ou totale de l'épaule consécutive aux traumatismes, accidents du travail ou blessures de guerre, données qui sont particulièrement utiles pour l'estimation des impotences et des indemnités auxquelles celles-ci donnent droit. Outre qu'elles révèlent l'état anatomique du squelette, la forme, le volume, la situation, la nature même des lésions, la radiographie *au moyen d'épreuves prises successivement en diverses attitudes* peut donner plus exactement qu'aucun autre procédé la mesure des mouvements restés possibles, tout au moins pour ce qui est du mouvement principal d'abduction et d'élévation latérale du bras.

Cette méthode de mesure radiographique des mouvements de l'épaule mérite, je crois, de retenir un instant notre attention, en raison des services qu'elle peut rendre dans les cas difficiles où le blessé a intérêt à réduire de lui-même pour l'expertise l'amplitude des mouvements qu'il peut accomplir. J'en ai pour la première fois signalé le principe dans une étude anatomique et mécanique de la ceinture scapulaire publiée en 1907 dans la revue d'orthopédie et, depuis cette époque, j'ai eu souvent l'occasion d'en trouver l'application et d'en apprécier l'utilisation pratique.

Elle est basée sur la mesure radiographique des déplacements de l'omoplate pendant les mouvements d'abduction du bras et particulièrement *des variations de l'angle huméro axillaire (angle α)* que forme l'humérus avec le bord axillaire de l'omoplate.

Les variations de cet angle dans les mouvements du bras tiennent à la fois aux déplacements du scapulum sur le thorax et aux déplacements de l'humérus sur le scapulum ; elles sont relativement constantes pour un même degré de mouvement chez les sujets normaux et, d'autre part, elles échappent à l'attention, à l'appréciation et par suite à la volonté réfléchie du sujet qui ne peut que très difficilement commander à l'action isolée des muscles fixateurs de l'épaule.

La mesure des variations de cet angle huméro-axillaire grossièrement possible avec le compas appliqué sur la peau pendant les mouvements du bras, mais infiniment plus précise sur les clichés radio-graphiques, permet seule, une appréciation exacte de la valeur restante de l'articulation scapulo-humérale. Les mouvements de la jonction scapulo-thoracique suppléent partiellement ceux de l'articulation scapulo-humérale, et cette suppléance peut à un examen superficiel donner une idée inexacte du degré de l'ankylose de l'épaule ; or, au point de vue pronostique et même thérapeuthique, il y a un réel intérêt à savoir si l'ankylose scapulo-humérale est absolue ou s'il persiste encore un certain mouvement et quel est le degré de ce mouvement ; il suffit en effet qu'un déplacement l'une sur l'autre des deux surfaces scapulo-humérales soit encore possible, si faible qu'en soit l'amplitude, pour qu'on ait encore le droit d'escompter d'un traitement physiothérapique bien conduit une restauration fonctionnelle au moins partielle de cette articulation. La mesure radiographique des variations de l'angle huméro-axillaire peut seule donner dans cet ordre d'idées la précision nécessaire. Le point de départ de ce procédé d'examen réside d'abord dans la mesure des variations normales chez des sujets sains, de l'angle huméro-axillaire dans les différents temps de l'abduction et de l'élévation latérale du bras, mesure qui permet de déduire ce qui normalement, dans chaque temps du mouvement, revient à l'articulation scapulo-humérale et à l'articulation scapulo-thoracique.

Attitudes	I	II	III	IV	Totaux
Angle α huméro axilliaire	47°	58°	95°	145°	»
Augmentation d'α d'une attitude à l'autre, c'est-à-dire mouvement de l'articulation scapulo-humérale	»	11°	36°	50°	97°
Angle α' entre l'humérus et la verticale	7°	30°	75°	150°	»
Augmentation d'α', d'une attitude a l'autre, c'est-dire mouvement du bras dans l'espace	»	23°	45°	75°	142°
Angle α'' entre la verticale et le bord axillaire de l'omoplate	40°	28°	20°	50°	»
Diminution d'α'', c'est-à-dire mouvement de la fonction scapulo-thoracique	»	12°	8°	25°	45°

Voici des chiffres qui, à quelques unités près, peuvent être retenus comme constantes normales de ces mouvements, ils ont été relevés sur des radiographies prises sur des sujets sains dans les quatre principaux temps de l'élévation frontale du bras, savoir : 1° bras au repos attitude verticale basse ; 2° bras à 40° ; 3° bras horizontal ; 4° bras élevé au maximum attitude verticale haute. Les variations de l'angle α huméro-axillaire mesurent le déplacement de l'humérus sur l'omoplate. Cet angle se trouve divisé en deux angle α' et α'' par la verticale passant par son sommet ; les variations de l'angle α mesurent le déplacement total du bras dans l'espace : les variations de l'angle α'' mesurent le déplacement de l'omoplate sur le thorax, il faut particulièrement retenir que normalement dans l'attitude de repos, le bras, c'est-à-dire l'humérus n'est pas exactement vertical et forme un léger angle de 5 à 7° ouvert en dehors.

De même dans l'attitude la plus élevée du bras, l'humérus n'atteint pas la verticale et ne dépasse pas 150° à 160° ; pour atteindre la verticale haute du bras, le sujet est obligé d'incliner le thorax du côté opposé ; le mouvement se trouve en effet limité par le dispositif anatomique, notamment par le rebord acromial. Au total l'amplitude normale du mouvement d'abduction et d'élévation latérale du bras de la position la plus basse à la position la plus élevée ne dépasse pas 145° à 150°.

Dans ce mouvement 95° à 100°, soit environ les 2/3 reviennent au mouvement de l'humérus sur la glénoïde scapulaire et à 40 à 50° soit environ 1/3 au mouvement de l'omoplate sur le thorax.

Il est remarquable aussi que les mouvements de l'articulation scapulo-humérale et de l'articulation scapulo-thoracique sont synchrones. On admettait généralement depuis Winslow que la rotation de l'omoplate n'avait lieu normalement qu'à la fin du mouvement d'élévation du bras, lorsque celui-ci avait atteint l'horizontale et uniquement pour achever le mouvement. Or nous voyons sur les radiographies et même directement sur le sujet, si l'on y regarde de près, que la rotation de l'omoplate sur le thorax commence en même temps que l'abduction du bras et qu'elle se poursuit pendant toute la durée de l'abduction et de l'élévation du bras, mais dans des proportions inégales dans les différents temps.

C'est un point important dans l'appréciation des impotences et l'on ne doit plus retenir aujourd'hui, comme signe d'ankylose, le déplacement immédiat de l'omoplate au commencement de l'abduction du bras.

Dans les cas pathologiques, lorsqu'il y a limitation de l'élévation du bras, la mesure des angles α, α' et α'' dans les différents temps des mouvements encore possibles, comparée à la mesure normale de ces angles dans ces mêmes mouvements, donne une idée précise de l'impotence de chacune des deux articulations scapulo-humérale et scapulo-thoracique ; elle permet aussi, jusqu'à un certain point, de faire le départ entre ce qui est dû à un obstacle mécanique, osseux et ce qui est dû à la douleur, à la contracture ou à une action volontaire des muscles et par conséquent entre ce qui est peu ou pas curable et ce qui pourra être guéri ou tout au moins amélioré.

Voici, par exemple, un blessé de l'épaule qu'une radiographie a montré atteint de fracture parcellaire de la tête de l'humérus ; seule l'articulation scapulo-humérale est intéressée ; la jonction scapulo-thoracique est anatomiquement indemne ; cependant, les mouvements de l'épaule sont très limités ; l'abduction active du bras ne dépasse pas 50° et, au delà de cet angle, le blessé accuse une vive douleur qui s'oppose à tout autre mouvement.

Si nous bornions là notre examen, nous conclurions en tenant compte du déplacement de l'omoplate et de l'ancienneté de la blessure à une ankylose complète et définitive de l'articulation scapulo-humérale.

Mais nous radiographions l'épaule blessée dans les deux temps extrêmes du mouvement possible et, par surcroît, l'épaule saine dans les attitudes correspondantes (1).

La mesure de l'angle huméro-axillaire α et de ses divisions α' et α'' par la verticale, donne les chiffres suivants :

	Angle α		Angle α'		Angle α''	
	Côté malade	Côté sain	Côté malade	Côté sain	Côté malade	Côté sain
Bras au repos	44	46	8	6	34	40
Bras à 50° position extrême du côté blessé	58	72	50	50	6	22
Mouvement	+14°	+26°	+42°	+44°	−28°	−18°

L'augmentation d'α' traduit le mouvement du bras dans l'espace soit à 42° du côté blessé, c'est-à-dire environ le 1/4 de l'amplitude normale.

L'augmentation d'α traduit le mouvement de l'articulation scapulo-humérale soit 14° du côté malade et 26° du côté sain, d'où réduction de près de moitié sur ce qu'il serait normalement pour cette attitude du bras et de 8/10° sur l'amplitude normale totale de l'élévation du bras.

La diminution d'α'' traduit le mouvement de l'articulation scapulo-thoracique soit 18° du côté sain et 30° du côté malade.

Du côté malade, les rapports entre α et α'' sont donc inversés eu égard au côté sain, et c'est la jonction scapulo-thoracique qui fait la plus grande part du mouvement ; la limitation fonctionnelle de l'articulation scapulo-humérale est donc certaine et importante, mais elle est loin d'être totale. Il n'y a pas ankylose complète et la mécanothérapie pourra étendre l'amplitude des mouvements de l'humérus sur la glénoïde.

D'autre part, les mouvements de l'omoplate sur le thorax n'ont pas atteint ici leur amplitude normale, qui est d'environ 55°, il reste de ce côté une marge de 15° à 20° à conquérir qui tient vraisemblablement à un état de contracture volontaire ou reflexe des muscles de l'épaule et qui doit céder à un traitement par la mécanothérapie, la chaleur, la galvanisation ou le massage. — Au total le pronostic est beaucoup moins sombre qu'il semblait tout d'abord ; il y a lieu d'ajourner les conclusions définitives et de poursuivre le traitement.

On juge par cet exemple des indications que peut fournir la radiographie des mouvements de l'épaule pour l'appréciation des ankyloses partielles. Dans chaque cas les indications seront évidemment variables, suivant les lésions constatées et le dispositif des surfaces articulaires, mais toujours elles auront comme base et point de départ, la connaissance des données moyennes normales de l'angle α et des angles α' et α'', données qu'il sera possible de retrouver par la radiographie du côté sain.

(1) Ces épreuves radiographiques peuvent, ce qui est plus économique, être prises directement sur papier sensible au bromure d'argent, la mesure des angles est ainsi faite directement sur l'épreuve négative.

CARNET DU PRATICIEN

Tuberculoses oculaires et tuberculoses cutanées

Traitement général longtemps prolongé, consistant en préparations iodées, en viande crue et en frictions faites sur les différentes parties du corps avec de l'huile de foie de morue gaïacolée.

Huile de foie de morue	120 grammes
Gaïacol	15 —
Essence de citron Q. s. p. désodoriser.	

(Abadie.)

Intoxication aiguë par les opiacés

1° Pratiquer sans attendre un lavage de l'estomac avec de l'eau pure, ou mieux avec une solution à un pour deux mille de permanganate de potasse et, quand le lavage est impossible, si le poison a été pris par la bouche, on administre l'un des deux vomitifs suivants :

Sulfate de cuivre	0 gr. 20
Sirop de fleurs d'oranger	30 gr.
Eau distillée....... q. s. pour	125 cc.

par cuillerée à soupe toutes les dix minutes jusqu'à vomissement.

Ou bien :

Sulfate de zinc	0 gr. 50
Sirop de fleurs d'oranger	30 gr.
Eau de tilleul..... q. s. pour	150 cc.

Même mode d'administration.

2° Le lavage opéré, donner un lavement purgatif.

3° Prescrire des stimulants et, par tous les moyens possibles, empêcher le malade de dormir. Pour cela on pourra recourir aux révulsifs, à la marche forcée en dépit de la torpeur qui envahit le malade, à l'absorption à haute dose d'une infusion concentrée de café, aux inhalations et même aux injections sous-cutanées d'oxygène.

Enfin, on injectera toutes les heures deux centimètres cubes de la préparation suivante :

Camphre	4 grammes
Ether sulfurique.............	12 —
Huile stérilisée... q. s. pour	20 cc.

4° Administrer les médicaments antagonistes de l'opium.

On prescrira par exemple :

Caféine	2 gr. 50
Benzoate de soude	3 gr. 50
Eau distillée et stérilisée q. s. pour	10 cc.

Injecter en plusieurs fois 2 à 3 c.c. par jour. Enfin, on prescrira le permanganate de potasse qui transforme, par oxydation, la morphine en oxydomorphine inoffensive ; ou formulera :

Permaganate de potasse	1 gr.
Eau distillée	500 cc.

Faire prendre de suite la moitié de cette solution ; la seconde moitié étant absorbée une demi-heure plus tard.

5° Le traitement sera complété par l'administration de boissons diurétiques, et on surveillera longtemps le malade qui peut, après être sorti de sa somnolence, retomber brusquement dans le coma.

La vulvo-vaginite des petites filles

Vulvite simple, des enfants mal tenues, lavages avec le bock empli d'eau bouillie salée physiologique (à 9 p. 1.000) suivi d'une toilette au coton, imbibé d'eau oxygénée dédoublée.

Vulvite impétigineuse ou aphteuse, lavage avec une solution froide de sublimé à 1 p. 2.000, puis attouchements des ulcérations à l'eau oxygénée pure, après lesquels on applique une pommade à l'oxyde de zinc à 2/10.

Contre la *vaginite* pratiquer des lavages du vagin avec une sonde molle de Nélaton, enfoncée délicatement par l'orifice hyménal à une profondeur de deux centimètres, avec le bock, à faible pression. Employer de l'eau boriquée, ou de l'eau oxygénée détriplée, ou en cas de vaginite gonococcique, une solution de permanganate de potasse à 0,25 p. 100. Dans ce dernier cas, mettre dans le vagin, pendant la nuit, un crayon au salol selon la formule :

Salol...........................	0 gr. 10
Beurre de cacao................	1 —

Si la vulvo-vaginite blennorragique est devenue chronique, lavages de la vulve et du vagin avec une solution de protargol à 1 p. 100, ou de sublimé à 1 p. 4.000. La nuit, crayon au salol.

Si la vulvo-vaginite se complique d'urétrite, instiller quelques gouttes de nitrate d'argent à 2 p. 1.000, mais seulement dans la première partie de l'urètre.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. Zante.



\- Désinfecte et Décongestionne les Voies urinaires — Supprime toute suppuration -

\- - - - - - - Non toxique, très énergique — Effets très rapides - - - - - - -

TARIT LA BLENNORRAGIE

Cystites — Pyélites
Hypertrophie de la Prostate
Congestions du Rein

DOSES { États chroniques : 6 capsules par jour.
États aigus : 16 capsules par jour.

LABORATOIRES DU PAGÉOL : **107, boulevard de la Mission-Marchand,** ***COURBEVOIE-PARIS***

JUBOL

RÉÉDUQUE L'INTESTIN

Vos Intestinaux

Ont besoin de Sécrétions biliaires

et de Sécrétions intestinales

Nul mieux que le "JUBOL" ne présente ces extraits préparés à froid et dans le vide, dans des conditions parfaites. Leur action est plus constante, plus régulière, plus rationnelle quand ils se trouvent en présence de la gélose, comme tel est le cas dans le "JUBOL".

1 à 3 Comprimés le soir en se couchant.

CHEMINS DE FER D'ORLÉANS

VOYAGES DANS LES PYRENEES

TARIF G. V. n° 105 (ORLÉANS)

La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des Billets d'excursions comportant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter le Centre de la France et les Stations balnéaires des Pyrénées et du Golfe de Gascogne.

1er ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 164 fr. 50, 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de-Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Puyôo-Bayonne Dax, ou Puyôo-Dax, Bordeaux, Paris.

2e ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 163 fr. 50; 2e cl. 122 fr. 50. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).

3e ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 164 fr. 50; 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne-Puyôo-Pau ou Puyôo-Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).

CHEMINS DE FER DU NORD

Services rapides entre Paris, l'Angleterre, la Belgique, la Hollande, l'Allemagne, la Russie, le Danemark, la Suède et la Norvège.

Cinq services rapides entre Paris et Londres. Trajet en 6 h. 45, traversée maritime en 1 heure. — Départ de Paris-Nord : 8 h. 25, 9 h. 50 matin, midi, 2 h. 30, 4 heures, 9 h. 20 soir. Départ de Londres : 9 heures, 10 heures, 11 heures matin, 2 h. 20 et 9 heures soir.

Six express sur Bruxelles. Trajet : 3 h. 55. — Départ de Paris-Nord : 7 heures, 8 h. 10 matin, midi 35, 4 h. 05, 7 h. 10 et 11 h. 15 soir. Départ de Bruxelles : 8 h. 21, 8 h. 57 matin, 1 h. 01, 6 h. 03, 6 h. 15 soir et minuit 07.

Trois express sur La Haye et Amsterdam. Trajet : La Haye 7 h. 1/2, Amsterdam 8 h. 1/2. — Départ de Paris-Nord : 8 h. 10 matin, midi 35 et 11 h. 15 soir. Départ d'Amsterdam : 8 h. 40 matin, 1 h. 42 et 8 heures soir. Départ de La Haye : 9 h. 36 matin, 2 h. 37 et 8 h. 57 soir.

Cinq express sur Francfort-sur-le-Mein. Trajet : 12 heures. — Départ de Paris-Nord : 7 h. 50 matin, 1 h. 45, 6 h. 20, 10 heures et 11 h. 15 soir. Départ de Francfort : 10 h. 01 matin, 6 h. 10 soir, 1 h. 02 (luxe) et 1 h. 20 matin.

Cinq express sur Cologne. Trajet : 7 h. 29. — Départ de Paris-Nord : 7 h. 50 matin, 1 h. 45, 6 h. 20, 10 heures et 11 h. 15 soir. Départ de Cologne : 4 h. 41, 7 h. 56, 9 h. 10 matin, 3 h. 12, 4 h. 19 et 10 h. 45 soir.

Quatre express sur Hambourg. Trajet : 15 h. 19. — Départ de Paris-Nord : 7 h. 50 matin, 1 h. 45, 6 h. 20 et 11 h. 15 soir. Départ de Hambourg : 7 h. 39 matin, 2 h. 44 et 11 h. 14 soir.

Cinq express sur Berlin. Trajet : 15 h. 31. — Départ de Paris-Nord : 7 h. 50 matin, 1 h. 45, 6 h. 20, 10 heures et 11 h. 15 soir. Départ de Berlin : 8 heures matin, 1 heure, 9 h. 41 soir et minuit 18.

Deux express sur Saint-Pétersbourg. Trajet : 50 heures, par le Nord-Express : bi-hebd. 45 heures. — Départ de Paris-Nord : 1 h. 45, 10 heures et 11 h. 15 soir. Départ de Saint-Pétersbourg : midi 45 et 11 h. 15 soir.

Deux express sur Copenhague, Stockholm et Christiania. Trajet Copenhague : 26 heures; Stockholm : 43 heures; Christiania : 49 heures. — Départ de Paris-Nord : 1 h. 45, 10 heures ou 11 h. 15 soir. Départ de Stockholm : 10 h. 27 matin et 8 h. 30 soir. Départ de Copenhague : midi 45 et minuit. Départ de Christiania 7 h. 34 matin et 5 h. 45 soir.

VARIÉTÉS

Production et consommation de l'Alcool en 1911

Cette statistique vient d'être publiée par l'administration des contributions indirectes.

Production contrôlée : 2.272.133 hectolitres d'alcool pur.

Production non contrôlée : 143.000 hectolitres, approximativement.

Total : 2.415.000 hectolitres, au lieu de 2.391.000 hectolitres en 1910.

Il y a donc augmentation de la production générale, mais diminution de la production des eaux-de-vie : 233.094 hectolitres contre 237.842 en 1910.

Le chiffre de la *consommation* taxée est de 1 million 574.018 hectolitres d'alcool pur, au lieu de 1.399.143 hectolitres en 1910. C'est la quantité la plus élevée depuis 1901, époque du relèvement des droits. L'aggravation de l'alcoolisme a été de 11 p. 100 dans l'espace de dix ans.

L'administration attribue le relèvement en 1911 à la pénurie de la récolte du vin et du cidre de l'année précédente. On a bu plus d'alcool parce qu'on avait moins de vin.

Les départements où la consommation de l'alcool a été supérieure à la moyenne sont :

Seine-Inférieure, 12 l. 85 d'alcool pur par habitant ; Calvados, 11 l. 50 ; Eure, 9 l. 64 ; Somme 9 l. 4 Oise, 8 l. 29 ; Pas-de-Calais, 8 l. 01 ; Manche, 7 l. 81 ; Eure-et-Loir, 7 l. 62 ; Mayenne, 7 l. 19 ; Orne, 7 l. 14 ; Aisne, 6 l. 93 ; Seine-et-Oise, 5 l. 90 ; Finistère, 5 l. 85 ; Côtes-du-Nord, 5 l. 81 ; Ille-et-Vilaine, 5 l. 73 Sarthe, 5 l. 24 ; Ardennes, 5 l. 25 ; Seine-et-Marne, 5 l. 09 ; Marne, 5 l. 01 ; Seine, 4 l. 85 ; Nord, 4 l. 71 ; Bouches-du-Rhône, 4 l. 42 ; Haut-Rhin, 4 l. 27 ; Morbihan, 4 l. 17 ; Vosges, 4 l. 12.

Au bas de l'échelle, on trouve les départements du sud-ouest, et notamment les Charentes et le Gers, producteurs du cognac et de l'armagnac :

Charente-Inférieure, 1 l. 50 ; Tarn-et-Garonne, 1 l. 49 ; Charente 1 l. 43 ; Aveyron, 1 l. 42 ; Hautes-Pyrénées, 1 l. 37 ; Creuse, 1 l. 34 ; Dordogne et Vienne, 1 l. 32 ; Lot-et-Garonne, 1 l. 31 ; Lozère et Ariège, 1 l. 26 ; Lot, 1 l. 17 ; Vendée, 1 l. 08 ; Gers, et Landes, 0 l. 98 ; Corrèze, 0 l. 97.

Voici, maintenant, la quantité d'hectolitres d'alcool pur soumis au droit général de consommation, chaque année depuis 1907.

En 1907	1.289.408 hectolitre
— 1908	1.339.578 —
— 1909	1.312.006 —
— 1910	1.399.054 —
— 1911	1.574.018 —

La progression est donc régulière. Elle s'est particulièrement accentuée l'an dernier, où elle a été de près de 28 p. 100 supérieure à ce qu'elle était il y a cinq ans.

L'absinthe, en dépit de la surtaxe, a vu sa consommation passer pendant la période considérée, de 160.000 hectolitres (en alcool pur) à 220.000, ce qui représente une augmentation de 60.000 hectolitres et de 40 p. 100.

Par tête d'habitant, la consommation d'alcool monte de 3 l. 31 en 1905 à 4 l. 06 en 1911 et l'ascension a été continue :

En 1907	3,31 litres.
— 1908	3,44 —
— 1909	3,46 —
— 1910	3,5 —
— 1911	4.06 —

Cependant ces chiffres sont fort au-dessous de la réalité, car à la consommation taxée, il faut ajouter la production des bouilleurs de cru, qui échappe en grande partie au contrôle du fisc.

ÉCHOS

La Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Grand-Officier. — M. le Dr Roux, directeur de l'Institut Pasteur.

Commandeurs. — MM. les professeurs Gilbert, Metchnikoff, Ponchet, Reclus, à Paris ; Pitres, à Bordeaux ; Yersin, médecin principal de 1re classe des troupes coloniales ; Vigenaud, médecin principal de 2e classe de l'armée territoriale.

Officiers. — MM. les Drs Gaston Lion, Leroux, Monin, Borrel, Kirmisson, Martin, Pierre Marie, Schwartz, Gilbert Ballet, Dejerine, Maurice de Fleury, de Lapersonne, Heim, à Paris ; Ferré, à Pau ; Courmont, à Lyon ; Fruitet, à Nouméa ; Troy, Letulle, Birolleau, médecins principaux de 2e classe de l'armée territoriale et de réserve ; Augé, médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale.

Chevaliers. — MM. les Drs Ferrier, Clairfond, Garsaux, Gastou, Hartenberger, Paul Roger, Léon Meunier, Dujardin-Beaumetz, Marie, Ronbaud, Veillon, Arrou, Léon Bernard, Bonffe de Saint-Blaise, Brouardel, Claisse, Etienne Dufour, Gouget, Jeanselme, Emile Sergent, Thiroloix, Wurtz, Laurens, Albert Weil, Wickham, Jacques Lionville, Darras, à Paris ; Bardon, à Brive ; Cenas, à Saint-Etienne ; Nicolle, à Tunis ; Barbary, à Nice, Perdrix, à Marseille ; Rivière, à Bordeaux ; Garrigou, à Toulouse ; Baumel, à Montpellier ; Roussel, à Reims ; de Lanwereyns de Rosendael, à Valenciennes ; Lafourcade, à Bayoune ; Cougombles, à Bagnères-de-Bigorre ; Dufour, à Fécamp ; Chouvet, à Brassac-les-Mines (Pas-de-Calais) ; Barbot, à Falaise ; Spillmann, à Nancy ; Roulié, médecin de 1re classe de réserve du service de santé de la marine ; Juillerat, chef de bureau à la Préfecture de la Seine ; Magnan, externe des hôpitaux de Paris ; Le Siner, à Saint-Denis (Réunion) ; Lebœuf, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales : Boursiac, Jonet, Rayneau, Maurin, Mouchet, Vaudremer, Lesage, Wuilliomenet, médecins-majors de réserve et de territoriale.

Un sanatorium militaire

L'autorité militaire vient de décider que les soldats malingres ou convalescents de la garnison de Nancy seront logés, jusqu'à ce qu'ils soient en état de reprendre leur place dans le rang, dans les baraquements militaires du plateau de Malzéville, au-dessus de Nancy, baraquements qui depuis plusieurs années étaient occupées par une compagnie du 26e régiment d'infanterie.

Contre la typhoïde

M. Klotz, ministre de l'Intérieur, vient d'adresser aux préfets une circulaire relative à l'emploi de deux vaccins antityphiques qui ont été autorisés par le décret du 12 juin 1913, et qui sont considérés, après avis du conseil supérieur de l'hygiène et de l'Académie de médecine, comme le moyen le plus rationnel et le plus pratique de diminuer dans des proportions sensibles la fréquence et la gravité de la fièvre typhoïde en France et dans les colonies.

Le ministre invite les préfets à répandre autour d'eux la connaissance de ce nouveau et puissant mode d'action dans la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

Il indique en outre que, dès les premiers cas de typhoïde susceptibles de faire craindre une épidémie, les inspecteurs départementaux, les directeurs des bureaux municipaux d'hygiène et les maires devront mettre à la disposition des médecins, qui ont seuls qualité pour en régler l'emploi, les doses nécessaires de l'un ou de l'autre de ces vaccins, dont la préparation n'est, au surplus, autorisée que dans les deux établissements suivants :

1° Laboratoire de M. le professeur Chantemesse, à la Faculté de médecine de Paris ;

2° Laboratoire de vaccination antityphoïdique du Val-de-Grâce, à Paris, dirigé par M. le docteur Vincent

Mais la vaccination antityphique ne saurait être qu'un adjuvant, et le ministre insiste sur la nécessité, quelque bienfait que l'on doive attendre de ce vaccin, de continuer les efforts poursuivis jusqu'à ce jour contre la fièvre typhoïde ; il signale notamment comme un devoir primordial et supérieur, que rien ne peut atténuer, de provoquer de la part des communes, partout où l'alimentation en eau potable n'est pas assurée dans des conditions ne laissant place à aucune critique, l'initiative de travaux d'amélioration et, au besoin, conformément à loi, de les leur imposer.

Contre la pléthorre médicale.

La limitation des étudiants en médecine vient d'être en Autriche l'objet d'une mesure dont les effets seront intéressants à enregistrer.

Le ministre de l'instruction publique vient de décider qu'à partir du prochain semestre scolaire, le nombre des étudiants en médecine de première et de deuxième année, admis à demander leur immatriculation sur les registres de la Faculté de Vienne, serait limité.

Cette décision a pour but de diminuer l'encombrement des pavillons de dissection.

Les honoraires du gendre.

Après la clôture d'une liquidation difficile, le docteur X..., de Saint-Quentin, demandait aux héritiers de sa belle-mère domiciliés à Sainte-Menehould le payement de 3.500 francs d'honoraires pour soins donnés à celle-ci, et l'on dut plaider. La 6e Chambre de la Cour, après du reste les juges de 1re instance, vient de débouter le docteur X...

« Considérant, dit notamment son arrêt, que la gratuité des soins ne se présume pas entre étrangers, il en est autrement, à moins de conventions contraires, quand ces soins apparaissent comme l'accomplissement d'obligations naturelles issues de la parenté ou de l'alliance. Mais, peut-on dire que donnés à une belle-mère, les soins apparaissent comme l'accomplissement d'obligations naturelles ?...

Les services de désinfection

Le Président de la République vient de promulguer au *Journal officiel* la loi dont la teneur suit :

Article unique. — L'article 7 de la loi du 15 février 1902, sur la protection de la santé publique est complété ainsi qu'il suit :

« Les communes de moins de 20.000 habitants qui, facultativement, auront créé un bureau d'hygiène pourront être exceptionnellement autorisées par le ministre de l'intérieur sur avis conforme du conseil supérieur d'hygiène, à avoir un service autonome de désinfection. »

L'Ecole d'application du service de santé.

En 1914, les examens de sortie de l'Ecole d'application du service de santé commenceront le 15 avril, et les élèves devront avoir rejoint leur poste d'affectation le 1er mai.

Pour les concours d'admission à cette école, ouverts en 1913 et 1914, la limite d'âge fixée pour les candidats est exceptionnellement reculée de vingt-huit à vingt-neuf ans.

La double quarantaine.

Une épidémie de peste ayant il y a quelques années éclaté à Majunga, une commerçante de Madagascar, la dame P..., qui devait se rendre en France, subit une quarantaine de cinq jours au lazaret. Puis les agents sanitaires la firent transporter par un remorqueur sur le paquebot *la Gironde* où sa place était retenue.

Mais le commandant, d'accord avec le médecin du bord, refusa de la recevoir en alléguant qu'elle s'était trouvée sur le remorqueur en contact avec l'équipage indigène qui n'avait pas subi de quarantaine.

La dame P..., dut retourner à terre et ne put s'embarquer que sur le paquebot suivant après avoir fait une seconde quarantaine !

Comme elle se rendait en France pour affaires commerciales, elle subit un préjudice et demanda à la colonie de Madagascar une indemnité.

Elle vient de voir sa demande accueillie par le Conseil d'Etat.

Ainsi que l'a fait remarquer en effet, le commissaire du Gouvernement M. Pichat, les agents sanitaires ont violé leurs instructions en mettant les voyageurs sortant du lazaret en contact avec des matelots évacuant des lieux contaminés, alors même que ces matelots auraient subi une désinfection dont l'efficacité est d'ailleurs contestée.

L'arrêt du 5 juillet 1913 porte que le fait d'avoir confié le transport des passagers du lazaret jusqu'au paquebot à des matelots indigènes qui, bien que provenant d'un port contaminé, n'avaient pas été soumis à une période d'observation était de nature à rendre illusoire la quarantaine qu'avaient subie ces voyageurs. Il y a donc eu faute à la charge du service de santé de Madagascar.

En conséquence, la colonie a été condamnée à payer une indemnité de 4.000 francs à la dame P...

La Commission des études relatives à la physiologie du travail professionnel.

La Commission chargée de préparer un programme d'études relatives à la physiologie du travail professionnel, aux conditions de l'existence, aux aptitudes professionnelles et à leur formation, dans les familles ouvrières et paysannes est composée comme suit : MM. Ferdinand Dreyfus, Alexandre Ribot, sénateurs ; Painlevé, Raoul Péret, Albert Thomas, députés ; Chauveau, Armand Gautier, de l'Académie des Sciences ; Charles Benoist, Clément Coison, des Sciences morales et politiques ; Dastre, Charles Richet, de l'Académie de Médecine ; Briat, Teuret, du Conseil supérieur du travail ; Imbert, Le Châtelier, Weiss, professeurs de l'enseignement supérieur ; Léon Bourgeois, J.-L. Breton, Langlois, Edmond Perrier, membres choisis par les Sociétés scientifiques ; Berthault, représentant du ministère de l'Agriculture ; Louis Bouquet, représentant du ministère du Commerce ; Arthur Fontaine, Lucien March, représentants du ministère du Travail.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale...... 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 20 Août 1913

A nos Collaborateurs

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la *Gazette Médicale de Paris*, sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs, mettra, désormais à leur disposition un tirage à part à 50 exemplaires, de leurs articles inédits qu'elle aura publiés.

ÉCHOS

Nos amis.

Nous apprenons avec le plus grand plaisir, la nomiuatiou de notre éminent ami, M. Fernand Faure, comme maire du XVIe arrondissement de Paris. Qu'il reçoive ici les bieu sincères félicitations de la *Gazette Médicale de Paris*.

Une Commission militaire de médecine.

A la date du 24 juillet 1913, le Président de la République a, sur le rapport du ministre de la Guerre, signé un décret modifiant celui du 14 décembre 1894 portant une organisation d'une Commissiou militaire de médecine et d'hygiène vétérinaires.

D'après ce nouveau décret, la Commission dont il s'agit prend le nom de « Comité consultatif vétérinaire ».

Ce Comité comprend douze membres, y compris le président.

La présidence de ce Comité appartient à l'inspecteur général permanent des remontes.

Les membres civils de ce Comité sont : l'inspecteur général des écoles vétérinaires; l'inspectenr général des services sanitaires et vétérinaires au ministere de l'Agriculture ; un chef de service de l'Institut Pasteur ; le professeur de police sanitaire et de pathologie des maladies contagienses à l'Ecole vétérinaire d'Alfort ; le professenr d'hygiène et zootechnie à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

Les membres militaires de ce Comité sont : le vétérinaire inspecteur ; un colouel de cavalerie : un colonel d'artillerie; le vétérinaire principal, directeur du service vétérinaire du gouvernement militaire de Paris; le vétérinaire principal de 2e classe, chef de la section techniqne vétériuaire ; le vétérinaire major de 1re classe, membre de la section technique vétérinaire ; un secrétaire avec voix consultative.

La voix du president est prépondérante.

Le président et les membres du Comite sont nommés par arrêté du ministre de la Guerre.

Une doctoresse chinoise

La *Revue de Thérapeutique* dit que Mme Yasuei Kui, la première femme chiuoise qui ait passé sa thèse de doctorat en médecine (il y a déjà seize ans de cela, à New-York) voyage actuellement en Europe et visite notamment les hôpitaux anglais. Après avoir pratiqué quelque temps au Japon, elle fut appelée par le Gouvernement chinois, qui la chargea de l'éducation des infirmières ; Mme Yasuei Kui organisa plusieurs hôpitaux dans le Nord de la Chine qui compte un nombre respectable d'infirmières au courant des exigences de l'art de soigner les malades.

Le Grec dans ses rapports avec la formation intellectuelle et la pléthore des Médecins

Le *Bulletin médical*, à propos des études médicales, avait émis l'idée qu'il serait préférable de demander aux jeunes gens qui se destinent à la médecine le baccalauréat latin-grec au lieu du baccalauréat latin-sciences que la plupart ont préparé. Dans une lettre adressée à ce journal, M. le professeur Brunon, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen, revient sur ce sujet et déplore que le grec disparaisse progressivement des études, car, selon lui, l'importance du grec l'emporte peut-être encore sur celle du latin. Après avoir montré les qualités particulières du grec à divers points de vue, M. Brunon ajoute :

« Mais, dira-t-on, qu'importe tout cela aux médecins ?

« Je ne voudrais pas faire état de l'utilité étymologique du grec pour les médecins. Cette utilité pratique est d'un intérêt secondaire. Ce qui importe, c'est que le médecin ait la plus grande culture littéraire et philosophique possible. Et je crois que cette culture est difficile sans le grec. La valeur d'un médecin se mesure, non pas d'après ses connaissances scientifiques, comme le croit le vulgaire, mais d'après ses études littéraires. Ceci peut paraître paradoxal et cependant c'est vrai. Tout le monde peut apprendre les sciences, tout le monde n'est pas capable de littérature. La littérature, c'est la pensée élevée synthétique.

« Un homme peut être un puits de science dans lequel se combineront l'anatomie, l'histologie, la pathologie, la bactériologie. Il ne sera *médecin* dans le vrai sens du mot, que s'il est capable d'idées générales.

« Les idées générales nous entourent de toutes parts comme des ondes éternelles, mais nous ne serons capables de les comprendre que si nous avons la plaque réceptrice, c'est-à-dire un cerveau spécial préparé dès l'enfance par l'hérédité et par les humanités et dans les humanités ; le grec devrait être au sommet de l'échelle.

« Les Français du XXe siècle le laissent tomber au rang d'étude accessoire !

« Voyez ce que la culture littéraire a fait pour les chirurgiens. Avant Louis XV, ils représentaient un corps extrêmement travailleur, actif et ingénieux, tenu en servitude par les médecins. Malgré de réels talents dans leur art, ils étaient restés des artisans. Le décret de Louis XV exige d'eux la même culture que pour les médecins ; et, du même coup, ils s'émancipent, ils reprennent rang dans le monde médical, et, depuis cette époque, quel chemin parcouru ! Le point de départ de leur libération, de leur progrès, est dans la culture première de leur jeunesse.

« Aujourd'hui, le corps médical est en train de suivre une voie contraire et descendante. Il rétrograde vers l'état des chirurgiens avant l'édit de Louis XV. Les connaissances techniques s'accroissent, mais la valeur morale diminue. L'esprit égalitaire, l'esprit faussement démocratique, l'esprit primaire, pousse tous les efforts vers le pragmatisme, c'est-à-dire vers cette absurde doctrine qu'une idée n'est vraie qu'autant qu'elle est utile. C'est la décadence.

« Tout le monde se plaint de l'encombrement de la carrière médicale. Cet encombrement existe. De tous les points de la Béotie les candidats affluent vers les études médicales. Le public, y compris des hommes intelligents, s'imagine que nous voulons défendre notre gâteau en écartant les concurrents. Il s'imagine que la concurrence profite au plus grand nombre. Erreur ! La concurrence est un moyen de progrès pour le commerce ; c'est une source de décadence pour la médecine.

« Le trop grand nombre de médecins est une cause d'amoindrissement pour la valeur morale.

Trop de jeunes gens entrent en médecine pour gagner de l'argent. Tous ont soif de chirurgie pour toucher de gros honoraires. Dès la première année, ils supputent ce que la profession leur rapportera. La porte a été trop grande ouverte à des hommes ne voyant que l'avantage immédiat. Comme leur disait Gaucher dans un rude langage : « Que ne dépensez-vous dans le commerce et l'industrie votre grand besoin d'activité ? Elle vous rapporterait de beaux bénéfices. Ne les demandez pas à la médecine, proprement dite ; elle est incapable de vous les donner !

« Comment faire pour limiter le nombre des médecins ? S'adresser aux lois est impossible ; compter sur les examens est illusoire. Ceux qui sont professeurs et examinateurs le savent bien. Ce qu'il faudrait, ce serait demander aux futurs étudiants en médecine les humanités complètes *le grec avec le latin*, le maximum des études littéraires et philosophiques.

« Si ce conseil était suivi, nous verrions immédiatement le recrutement se modifier, une sélection se faire sans intervention des barrières illusoires du P. C. N. La loi dirait au jeune homme : vous voulez être médecin ? Apportez-nous d'abord un certificat d'études de grec et de latin ; puis un certificat d'études scientifiques élémentaires. Alors vous serez admis dans le temple, c'est-à-dire dans l'hôpital, auprès des malades.

« Ce n'est pas sans raison que du temps d'Hippocrate la médecine s'enseignait de père en fils, dans un milieu choisi et héréditairement médical. Il faut en effet plusieurs générations pour former l'âme d'un médecin et, dans cette formation, la haute philosophie du praticien passe au-dessus de toutes les préparations dites scientifiques. *Elle est la sauvegarde des malades...* »

Un thermomètre coûteux

Le *Chicago Dayli News* rapporteot que le thermomètre le plus sensible est celui de l'Université Joho Hopkins, à Baltimore. Il a coûté 55.000 francs et sa division décimale est d'une finesse telle qu'on peut apprécier les plus légères contractions ou extensions de la colonne mercurielle. La lecture se fait d'ailleurs au moyen du microscope.

Menstruation et ses effets à distance

Oo affirme qu'au moment de leurs règles, les femmes font tourner les mayonnaises, cailler le lait, etc. Ces croyances ont donné lieu, d'après la *Médecine moderne*, à des pratiques industrielles.

Dans les grandes raffineries du Nord de la France, il est formellement interdit à toute femme de pénétrer dans les ateliers au moment où l'on fait bouillir le sucre dans les bassines, et pendant qu'il se refroidit ; en dehors de ce moment, l'entrée leur en est permise. Le prétexte donné est que, si une femme réglée entrait dans l'atelier, le sucre noircirait par la suite.

Pour le même motif, aucune femme n'est employée à la bouillerie de la manufacture d'opium à Saïgon ; les Chioois, chargés de cette opération, prétendent que si une femme ayant ses règles s'en mêlait, le sucre noircirait par la suite.

Le Dr L. Laurent va plus loin ; il croît à l'existence des phéoomènes mécaniques produits sans cootact, par certaines femmes, au moment de la menstruation et cite de nombreux exemples :

Deux jeunes filles préseotent, au moment des règles, des phénomènes d'adhérence de leurs vêtements. Il leur faut faire un effort pour enlever leur effets, même larges.

Les bas sont difficiles à retirer ; il faut qu'une autre personne les retourne et les tire assez violemment. Quant aux chemises, ce jeunes filles ont renoncé à en changer pendant ces périodes, car elles sont collées sur la peau, et il serait nécessaire qu'une autre personne, glissant les mains en dessous, les enlevât en les écartant.

Le même auteur préteod avoir réuni une dizaine de faits dans lesquels des femmes musiciennes, ou vivant au contact d'instruments de musique, provoquaient la rupture des cordes, toujours les mêmes, au moment de leur menstruatioo. Un monsieur, cootrebasse dans un théâtre, lui apprit que depuis plusieurs années, chaque fois qu'il laissait dans soo logement sa contrebasse accordée, au moment des règles de sa femme, le *sol* cassait. Il y était tellement habitué, que, souvent, à ce moment, il emportait son instrument chez un ami. Peodant l'hiver, saison où les cordes sont pourtant plus fragiles, rien de semblable ne lui arrivait, son instrument restant au théâtre.

On peut penser que, pendant la période menstruelle, les femmes, plus nerveuses et irritables, auraient un jeu plus sec et malmèneraient leurs instruments.

Production du Lait chez les jeunes Filles vierges

Le Dr Veoette a rapporté, dans ses écrits le cas suivant :

« En 1670, Mme la Perére, de Saint-Christophe, fut obligée de s'embarquer pour aller en France, afin d'éviter les désordres qui s'allumaient entre les Français et les Anglais de cette île. Elle ameoa avec elle trois négresses, une vieille, l'autre âgée de 30 ans, et la dernière de 16 ou 18 ans, qu'elle avait élevée chez elle dès soo bas âge. Cette dame, qui avait une petite fille de deux mois à la mamelle de sa nourrice, s'embarqua précipitamment avec soo enfant, croyant que sa nourrice s'était embarquée auparavant. Mais, après avoir mis à la voile et o'ayant point trouvé sa nourrice qui était volontairement restée à terre, elle fut obligée de oourrir soo eofant avec du biscuit, du sucre et de l'eau, dont elle faisait une soupe. L'enfant ne se contentait pas de cet aliment et incommodait tout l'équipage, spécialemeot la nuit On conseilla à la mère de faire amuser son enfant au téton de la jeune négresse, son esclave ; mais la petite fille ne l'eût pas plutôt tétée pendant deux jours, qu'elle fit venir suffisamment de lait pour se nourrir.

Après deux mois de traversée, le nourrisson, oourri par le lait d'une négresse vierge, était gros et gras ».

Cet exemple est loio d'être unique.

LES SINUSITES

Par M. DIERICX
Médecin de bataillon de 2e classe de l'armée belge.

Les inflammations des cavités annexes des fosses nasales sont très fréquentes. Peu de personnes échappent à ces affections. Dans leur stade aigu, elles régressent en général spontanément ; devenues chroniques, elles demandent un traitement spécial ; souvent elles sont justiciables d'interventions sanglantes.

Tout médecin doit trouver intérêt à en dépister les symptômes, à parvenir à éclairer un diagnostic douteux, à apprécier les divers modes d'intervention qui, éventuellement, pourraient être proposés ; le malade ne peut qu'en bénéficier.

Quelques données sur l'anatomie sont à retenir.

Le sinus maxillaire est une vaste cavité creusée dans l'os maxillaire supérieur, d'une contenance moyenne de 7 c. c. Il a la forme d'une pyramide triangulaire, la base correspondant à l'orbite, le sommet à l'arcade alvéolaire au niveau de la première grosse molaire.

La paroi antérieure correspond à la fosse canine ; la paroi postéro-externe limite la fosse zygomatique en dedans ; la paroi interne du sinus est en rapport avec la fosse nasale et répond à toute la hauteur des méats inférieur et moyen ainsi qu'aux cellules ethmoïdales antérieures.

Notons que la paroi antérieure est la plus superficielle mais aussi la plus épaisse, que la paroi interne est extrêmement mince ; nous verrons plus loin l'importance de cette constatation. Ce qui doit frapper aussi, c'est que l'orifice de communication du sinus avec la fosse nasale correspondante ne se fait pas à la partie déclive, c'est-à-dire au niveau du méat inférieur, mais bien plus haut, dans la partie antérieure du méat moyen, dans l'infundibulum. On appelle de ce nom la gouttière du méat moyen située à l'extrémité antérieure du cornet moyen en l'endroit où il se recourbe en haut. Elle fait communiquer le sinus frontal avec le méat moyen et forme en outre un recessus au-dessus de la ligne d'insertion du cornet moyen. Il ne faut pas confondre l'infundibulum avec l'hiatus semi-lunaire qui est la dépression existant à ce niveau, au fond de laquelle se dissimule l'orifice du sinus maxillaire rétréci par l'apophyse unciforme de la face inférieure de l'ethmoïde.

Les sinus frontaux sont des cavités paires situées à la partie antéro-inférieure de l'os frontal, au-dessus et en dehors des fosses nasales, en dedans et au-dessus des orbites. Le contenu des deux sinus est approximativement de 4 c. c. mais il présente des variations individuelles considérables. Entre les sinus existe une cloison qui n'est en général pas médiane, mais empiète souvent notablement sur l'un ou l'autre côté de la ligne médiane ; de la sorte, presque toujours, l'un des sinus est plus développé que l'autre. La cloison osseuse intra-sinusale s'amincit à mesure du développement des sinus et exceptionnellement elle disparaît partiellement par résorption : dans ce cas, les deux sinus communiquent.

La forme générale d'un sinus frontal, sur une coupe transversale, est celle d'un triangle dont la base correspond à la cloison intersinusale et dont le sommet est dirigé vers l'apophyse orbitaire externe.

Il est à noter que les sinus frontaux n'existent pas à la naissance, apparaissent rarement avant dix ans, quoique dans de rares cas on ait trouvé des sinusites à partir de l'âge de deux ans.

Le sinus frontal communique par l'intermédiaire d'un canal osseux, nommé canal frontonasal, avec l'infundibulum.

Les cellules ethmoïdales ont des rapports de voisinage si intimes avec le sinus frontal et avec le sinus sphénoïdal, qu'il nous paraît utile d'en donner une idée succincte. Les masses latérales de l'ethmoïde sont composées en grande partie de cellules osseuses appelées labyrinthes. Elles sont spécialement formées par la face supérieure et, avec des demi-cellules correspondantes de l'échancrure ethmoïdale du frontal, elles constituent les cellules ethmoïdales. Elles concourent également à former le canal fronto-nasal. Les cellules ethmoïdales sont placées dans le sens antéro-postérieur entre le canal fronto-nasal et le sinus sphénoïdal. Elles se divisent en antérieures et postérieures. Les premières débouchent en dessous et en avant de la ligne d'attache du cornet moyen, c'est-à-dire dans l'infundibulum.

Il existe un groupe antéro-interne occupant la base de la cloison intersinusale ; un deuxième groupe antéro-supérieur qui enserre le passage fronto-nasal ; un troisième groupe externe correspond à la lame papyracée de l'ethmoïde qui forme une grande partie de la paroi interne de l'orbite et dont les cellules débouchent derrière les précédentes.

Les cellules ethmoïdales postérieures sont divisées en deux groupes, dont le groupe postérieur, souvent absent, s'ouvre dans le quatrième méat, s'il existe.

Le groupe antérieur comprend trois cellules dont la supérieure correspond à la base du crâne au niveau de la gouttière ethmoïdale. Elles s'ouvrent dans le troisième méat. L'intérêt de ce groupe de cellules ethmoïdales réside dans son rapport avec le sinus sphénoïdal dont elles masquent l'orifice antérieur.

Les sinus sphénoïdaux sont des cavités creusées dans l'épaisseur de la face antérieure du corps du sphénoïde, divisés comme les sinus frontaux en deux portions souvent inégales par une cloison médiane. L'orifice de chaque sinus est occupé et rétréci en bas par une lamelle osseuse triangulaire enroulée, nommée cornet de Bertin. L'orifice d'évacuation se trouve près du bord supérieur de la choane correspondante.

LA SINUSITE MAXILLAIRE

Grâce à sa situation, le sinus maxillaire est exposé à être infecté par une double voie : par voie buccale ou dentaire et par voie nasale.

La carie des dents molaires de la moitié correspondante du maxillaire supérieur est une cause fréquente d'empyème. Mais, tout aussi fréquente est l'influence des maladies générales, souvent compliquées de localisations sur la muqueuse nasale. Il est reconnu que la grippe est la grande pourvoyeuse des sinusites, quoique dans ce cas, Fränkel n'ait trouvé le bacille de Pfeiffer qu'une fois sur trente. D'après l'ordre de fréquence, les agents pathogènes rencontrés dans les sinusites sont : le staphylocoque, le diplocoque, le streptocoque, le pneumocoque, divers microcoques.

Les portes d'entrée sont, d'une part, l'alvéole dentaire atteinte de périostite et qui forme des collections purulentes sous la muqueuse du sinus ; un abcès sous-périostique de la fosse canine pourrait conduire au même résultat. D'autre part, l'infection trouve une voie d'accès par la fosse nasale au niveau de l'orifice du sinus maxillaire.

Pour mémoire, nous citerons deux affections qui peuvent s'attaquer à l'os d'abord et secondairement à la muqueuse du sinus : ce sont la syphilis et la tuberculose.

Les corps étrangers et spécialement les balles et les hallettes d'armes à feu sont quelquefois l'origine de sinusites rebelles et il faut toujours songer quand le commémoratif renseigne un trauma.

Quand la cause est d'origine dentaire, les symptômes se confondent avec les douleurs provoquées par la carie ; si la sinusite est consécutive à un coryza, il existe de l'enchifrènement, du larmoiement, etc., et, dans ce cas, le sinus frontal correspondant est souvent affecté ; il y a endolorissement de la moitié du front.

Le symptôme caractéristique est l'écoulement purulent intermittent par la fosse nasale correspondante : souvent l'action de se moucher ou d'incliner la tête en avant produit une décharge de pus.

La fétidité du début est exceptionnelle quand la suppuration est d'origine nasale ; elle est constante quand le point de départ est une dent cariée. Il est important de noter que cette odeur de pourriture, d'égoût, etc., est plutôt subjective ; insupportable pour le malade même, elle est insignifiante pour l'entourage, à l'inverse de ce qui se passe chez l'ozéneux.

Ce symptôme, d'une grande valeur diagnostique, n'est cependant pas pathognomonique, puisque la suppuration peut avoir son origine dans d'autres cavités annexes.

On éclairera successivement le diagnostic par :

1° L'examen rhinoscopique antérieur, qui met plusieurs symptômes en évidence.

Le méat moyen montre de la rougeur et du gonflement ; bientôt on y découvre une traînée de pus au niveau de l'hiatus semi-lunaire. L'ayant étanchée au moyen d'un tampon d'ouate monté sur un stylet, si on couche le malade la tête plus basse que le corps, la purulence se reproduit au même endroit. Ce sont là des symptômes de début et heureusement, quand la sinusite est d'origine nasale, généralement elle ne dépasse pas ce stade. Ces symptômes ainsi que les signes qui indiquent la participation du sinus frontal à l'inflammation ne persistent que peu de temps et tout rentre dans l'ordre au bout de quelques jours ou de quelques semaines, sans traitement spécial.

Mais il est bien des cas où ce prétendu rhume de cerveau, accompagné d'une désagréable fétidité, s'éternise. Dans l'immense majorité des cas, c'est alors seulement que le patient sollicite un avis médical ; quelquefois même il existe déjà à ce moment des masses myxomateuses entraînant un certain degré d'obstruction nasale.

Si la rhinoscopie montre des myxomes, il faudra, pour continuer à établir le diagnostic, les enlever sous le contrôle de la vue. On constatera ainsi éventuellement la présence de pus dans le méat moyen, ainsi que l'existence d'un gros bourrelet formé par l'hypertrophie de la lèvre inférieure de l'hiatus semi-lunaire, qui a pris la place du cornet moyen refoulé en haut et en dedans. Le pus se montre en dedans de ce repli qui simule le cornet moyen et il est évident que s'il s'agissait de ce dernier, il devrait se montrer en dehors.

Au lieu de pus, il peut y avoir production de masses caséeuses et ceci serait plutôt l'indice d'un pronostic favorable.

De la symptomatologie qui précède, on peut conclure à l'existence d'un foyer purulent se vidant au niveau du méat moyen, mais comme celui-ci sert de débouché au canal fronto-nasal et aux cellules ethmoïdales antérieures, il faut rechercher d'autres symptômes.

2° La translumination faciale.

a) Signe de Heryng.

Une obscurité complète étant faite dans la chambre, on introduit dans la bouche du patient une petite lampe électrique, permettant par ces dimensions le rapprochement des dents et l'occlusion parfaite des lèvres.

On fait passer le courant et on obtient une translumination complète de la région sous-orbitaire et de la lèvre supérieure du côté sain, tandis que le côté malade reste complètement obscur.

b) Les signes de Vohsen-Davidson, de Garel-Burger et celui de Rohertson peuvent être surajoutés au précédent. La pupille oculaire s'illumine du côté sain pendant l'éclairage intrabuccal et reste obscure du côté malade ; le patient perçoit la sensation de lumière du côté sain seulement ; la fosse nasale du même côté est mieux illuminée. Ces trois signes n'ont qu'une valeur relative.

3° La ponction transméatique du sinus : elle établit le symptôme pathognomonique.

Celle-ci se pratique au niveau de la paroi externe de la fosse nasale, dans le méat inférieur, au moyen d'un trocart ou mieux avec une aiguille de seringue de gros calibre. La friction du méat inférieur au moyen d'un tampon d'ouate imbibé d'une solution de cocaïne au 1/5e, pendant quelques instants, assure une anesthésie suffisante. La tête du patient est solidement tenue par un aide. L'entrée de la narine est tenue bien dilatée par un spéculum et sous le contrôle de la vue, on introduit la pointe de l'aiguille immédiatement en dessous du cornet inférieur, assez profondément pour ne pas avoir affaire à une épaisseur d'os trop forte, mais pas trop loin pour ne pas déraper en glissant le long de la paroi. On exerce une pression assez ferme pour défoncer la paroi externe assez faible à cet endroit, mais pas trop brusque pour éviter la perforation de la paroi opposée du sinus.

Le bon moyen pour s'assurer de la réussite est d'insuffler de l'air par l'aiguille ; il se produit un bruit de gargouillement, si on n'a pas fait fausse route. Ensuite on injecte de l'eau bouillie au moyen de la seringue adaptée à l'aiguille préférablement par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc. Le courant entraîne forcément le pus. Cette injection se fait avec une grande douceur, parce que si par hasard, on faisait fausse route, on en serait averti à temps par les plaintes du sujet et par le gonflement de la joue. La ponction transméatique suivie d'irrigation donne le diagnostic ferme de la sinusite. Les rares exceptions à cette règle tiennent à la présence de pus caséeux condensé ou à l'existence d'un sinus multiloculaire.

4° L'épreuve radiographique.

Elle sert particulièrement à lever les doutes dans le dernier cas qui vient de nous occuper.

Traitement de la sinusite maxillaire. — Dans la forme aigue habituelle, d'origine nasale, elle guérit en général spontanément ou à la faveur d'un traitement local assez simple, consistant en inhalations de vapeurs d'eau chande additionnée de quelques gouttes d'alcool mentholé, au moyen d'un entonnoir spécial, par la narine ; en pulvérisations d'une solutions d'adrénaline dans le but de décongestionner la muqueuse du méat moyen et en cas d'échec on a recours aux ponctions et lavages transméatiques répétés.

Dans la forme aiguë d'origine dentaire, l'extraction de la dent malade et des lavages à travers cette ouverture spontanée ou pratiquée à ce niveau au moyen d'une grosse fraise, peuvent parfois tarir la suppuration en quelques séances.

Quand la sinusite maxillaire dure depuis des mois ou des années, il y a souvent production de masses myxomateuses dans le méat moyen et la première indication est d'en débarrasser le patient. On peut même être amené à enlever tout le cornet moyen quand la sinusite ne paraît pas invétérée on peutt en même temps essayer les ponctions et lavages transméatiques répétés deux fois par semaine, 4 ou 5 fois. Ce procédé, en cas de mucopus non fétide et même en cas de concrétions caséeuses de pus, peut amener quelquefois la guérison. Le pus fétide, intimement mêlé au liquide laveur, révèle la forme rebelle de la maladie.

Cure radicale de la sinusite maxillaire. — Le sinus peut être abordé :

1° Par voie alvéolaire. Nous avons vu, tout à l'heure, dans quelles conditions cette méthode peut produire le résultat désiré.

2° Par la fosse canine. C'est l'opération de Caldwell-Luc. Elle se pratique sans inconvénient à la faveur de l'anesthésie locale et seulement sous chloroforme chez les personnes timorées. Deux solutions sont nécessaires :

La première contient 5 grammes de la solution officinale d'adrénaline avec 20 centigrammes de cocaïne et 5 grammes d'eau.

La dernière sert à badigeonner le méat moyen et inférieur ; la première sert à l'injection sous-muqueuse gingivo-labiale au niveau de la dent canine et de la première grosse molaire ; 2 c. c. suffisent ; une troisième injection est faite sous le périoste dans la direction du tron sous-orbitaire. Après cinq minutes, l'anesthésie est complète.

Voici, dans ses grandes lignes, la technique opératoire : La joue est maintenue relevé par un aide, au moyen d'un grand écarteur ; l'incision gingivale se fait depuis la canine jusqu'à la première grosse molaire un peu en dessous de la jonction de la muqueuse avec celle de la joue. Le périoste est incisé de même et les deux lèvres de la plaie sont refoulées par une bonne rugination ; la lèvre supérieure de l'incision est embrochée par les pointes du rétracteur et fortement rétractée en haut. Deux ou trois coups de gouge, portés assez haut pour ne pas attaquer les alvéoles dentaires, suffisent à créer une brèche dans la fosse canine. Au moyen de pinces-gouges, elle sera agrandie en dedans jusqu'à la rencontre de la paroi interne nasale. On introduira ensuite dans la cavité mise ainsi à jour, successivement, plusieurs grandes mèches de gaze imbibées de la solution n° 1. Après quelques minutes, l'inspectioon de la cavité pourra se faire aisément ; on en fera le nettoyage soigneux au moyen de la curette coudée de Luc. Cet instrument permet d'atteindre toutes les anfractuosités des diverses parois qu'il faut avoir soin de passer en revue à tour de rôle.

Le second temps de l'opération consiste à créer une ouverture artificielle dans la fosse nasale. Il est à conseiller d'introduire un trocart par le méat inférieur et de se guider ainsi pour faire une brèche osseuse rectangulaire dans le méat inférieur, dont on incise ensuite largement la muqueuse. On est autorisé à réséquer la tête du cornet inférieur. Cette façon de proceder donne beaucoup de facilités pour faire les lavages ultérieurs de l'antre et cette ablation est indispensable si le cornet est notablement hypertrophié. Un tamponnement à la gaze iodoformée de la cavité du sinus est fait par l'hiatus artificiel créé dans la fosse nasale : le tampon ne peut rester à demeure que vingt-quatre heures au maximum.

Les lèvres de la plaie de l'incision, comprenant la muqueuse et le périoste, sont réunies au moyen de trois ou quatre points de suture à la soie ou au catgut.

Les soins consécutifs consistent en simples lavages quotidiens, sous une douce pression, pour déterger les croûtes qui se forment en général pendant trois ou quatre semaines. Un bock ordinaire dont la canule est remplacée par un cathéter pour trompe d'Eustache répond à tous les desiderata.

3° Par voie endonasale. Cette méthode assez récente a été proposée il y a peu d'années, par Escat, de Toulouse et Vacher, d'Orléans. Elle a été perfectionnée dans ces derniers temps par les spécialistes allemands. Les traits essentiels de ce procédé consistent, après anesthésie locale de la région, à réséquer par voie nasale, la partie antéro-inférieure du sinus, c'est-à-dire la paroi antéro-inférieure de la fosse canine et le méat inférieur, au moyen de la gouge et du maillet et de pinces-gouges. Le curettage du sinus est fait par le large biatus artificiel ainsi créé : les lavages consécutifs se font par la même voie d'accès.

Cette méthode offre de multiples avantages elle supprime la plaie buccale ; le patient peut se nourrir immédiatement, le gonflement de la joue n'existe pas ou est très minime. En outre, une large inspection du sinus reste possible, à n'importe quel moment. Le seul inconvénient de cette méthode, c'est qu'elle n'est à la portée que du spécialiste, habitué à travailler sous le contrôle constant de la lumière réfléchie.

LA SINUSITE FRONTALE

L'aperçu anatomique antérieur et les données déjà connues par la description de la sinusite maxillaire nous permettrout d'être bref.

L'étiologie de la sinusite frontale est souvent obscure. Elle peut être primitive et l'inflammation s'établit au cours d'une maladie infectieuse. Ici encore la grippe est la principale coupable. Quelquefois consécutive à l'empyème maxillaire, les mêmes causes sont à incriminer. Si la sinusite frontale amène presque fatalement la sinusite maxillaire, les conditions anatomiques expliquant suffisamment ce fait, le contraire ce fait plutôt rarement, parce qu'il faut qu'il y ait obstruction de la fosse nasale avec accumulations polypeuses, pour que le pus puisse refluer vers le baut en faveur du décubitus dorsal et produire ainsi la sinusite frontale consécutive.

Comme symptomatologie propre à la sinusite frontale, le gonflement de la moitié correspondant au côté suspect aura beaucoup de valeur, surtout s'il s'accompagne de sensibilité locale, spontanée ou provoquée par la pression ; les deux pouces appliqués sur les deux antres frontaux chercheront à déterminer quel côté est le plus douloureux à la pression et le praticien sera souvent étonné que, malgré l'absence de tout endolorissement subjectif, il éveille ainsi de la douleur.

L'éclairage électrique sous-frontal pourra utilement contrôler le diagnostic. Le patient étant placé dans une chambre obscure le praticien introduit sous l'extrémité interne de l'arcade orbitaire, le plus profondément possible, une petite lampe électrique renfermée dans un manchon dont l'une des extrémités est munie d'une lentille convexe, qui concentre les rayons lumineux. La translumination de la cavité antrale sera complète si elle est saine ; la région sus-orbitaire restera obscure si le sinus est malade.

Il faut se défier cependant d'un faux résultat, en cas d'épaisseur anormale de l'os. On devra donc toujours faire la translumination bilatérale ; si le côté sain reste également obscur, c'est qu'il y a anomalie tenant à une épaisseur considérable de l'os ou à l'absence d'un des sinus, faits que l'épreuve radiographique pourra en général éclaircir. Il reste d'ailleurs encore la ressource de la méthode de diagnostic par occlusion, consistant à faire une ponction du méat inférieur et à laver

l'antre d'Hygmore. Si, une demi-heure après, l'exploration rhinoscopique de la région du méat moyen fait constater la réapparition du pus à ce niveau, la conclusion sera en faveur d'un empyème frontal.

Traitement de la sinusite frontale. — La forme aiguë demande les mêmes soins que la sinusite maxillaire aiguë ; on insistera spécialement sur les inhalations plusieurs fois par jour de vapeurs d'eau bouillante additionnée de quelques gouttes d'alcool menthol. En cas d'échec, il faudra faire la résection de la tête du cornet moyen, au moyen de la pince plate de Luc, qui aura pour résultat de désobstruer le trajet fronto-nasal. Cette intervention donne souvent des résultats inespérés.

Mais quand le canal fronto-nasal est long et étroit, souvent l'extériorisation de la suppuration frontale se produit malgré tout et se manifeste par un gonflement œdémateux de la région fronto-palpébrale.

Quelle est la ligne de conduite dans ce cas ? Comme il s'agit d'une antrite aiguë, en l'absence de toute complication, on remettra l'opération de quelques jours pour éviter d'opérer en pleine virulence et on attendra que le pus soit bien collecté. Une incision courbe le long du bord inféro-interne du sourcil et se prolongeant jusque près de la racine du nez, entame les tissus jusqu'à l'os et cherche à découvrir la perforation spontanée, s'il en existe. Dans ce cas, celle-ci est agrandie à la gouge et à la pince coupante, mais pas plus largement qu'il ne faut pour extirper toute trace d'ostéite. Après avoir évacué tout le pus, au moyen de petits tampons d'ouate, il est prudent de rétablir la communication fronto-nasale par un curettage soigneux du canal fronto-nasal ; on peut ainsi fermer la plaie, le drainage se faisant par la fosse nasale. Certains opérateurs laissent le soin de réaliser cette communication à la nature, mais dans ce cas, il faudra drainer la plaie et la réunion se fera par seconde intention.

La sinusite frontale chronique est une affection qui demande à être surveillée de près ; il n'est pas rare, en effet, de voir survenir brusquement des troubles de la vision, par perforation du plancher de l'orbite et l'irruption de pus au voisinage du globe oculaire, dans la loge postérieure de l'orbite. Des accidents méningitiques ou encéphaliques causés par l'infection des méninges et consécutivement du cerveau à travers la paroi profonde de l'antre, perforée ou non, paraissent être très rares, mais échappent souvent à l'observation, étant pris pour une apoplexie ou un coma urémique.

Le traitement de la sinusite frontale est exclusivement chirurgical. Nous nous bornerons à d'écrire, dans ses grandes lignes, la cure radicale d'après le procédé de Killian. C'est une méthode idéale, qui supprime la cavité suppurante, tout en évitant, malgré de larges résections osseuses, une défiguration disgracieuse. Elle permet en outre d'aborder les cellules ethmoïdales qui participent pour ainsi dire toujours à l'infection, en les attaquant par la brèche inférieure, sans danger d'entamer les os de la base du crâne. Le patient sera chloroformé ; le sourcil peut être respecté moyennant une bonne antisepsie à la teinture d'iode ; l'incision sera faite comme dans le cas de sinusite aiguë extériorisée, sauf quelquefois à devoir l'agrandir du côté externe du sourcil ; de la racine du nez, cette incision descendra suivant une courbe à concavité externe sur le côté du nez dans la direction de la commissure de la lèvre, mais s'arrêtant à la joue.

Après avoir dépériosté, un aide tient les deux lèvres de la plaie, doublées du périoste, écartées ; l'opérateur attaque l'os à la gouge angulaire de Killian au-dessus de la branche montante du maxillaire supérieur, là où elle se soude à l'apophyse orbitaire interne. A travers la petite brèche ainsi créée, il explore, à l'aide d'un stylet malléable, la hauteur du sinus. S'il se montre peu développé dans le sens vertical, il se contente de pratiquer une brèche osseuse aux dépens du plancher de l'antre et qui empiète légèrement sur la voûte de l'orbite.

Si le sinus frontal s'étend très haut, il faudra créer une deuxième brèche aux dépens de la paroi antérieure du sinus, tout en respectant un pont de substance osseuse, pourvu de son périoste et correspondant à l'arcade orbitaire.

Pour prévenir les échappées du côté du cerveau, on créera la brèche au moyen de la gouge angulaire de Killian, en l'agrandissant ensuite au moyen de pinces-gouges. On poursuivra les anfractuosités du sinus en dehors et en dedans ; il faudra toujours songer à l'existence possible de cellules aberrantes et de cloisonnements.

Cette large ouverture du sinus sera suivie d'un curettage soigneux dans toutes les directions, ayant pour but de détruire la muqueuse toujours épaissie, souvent recouverte de fongosités.

Si l'opération s'arrêtait là, le drainage naturel se ferait insuffisamment, parce que, dans la généralité des cas, les cellules ethmoïdales enserrant le canal fronto-nasal sont infectées ; il faut donc les détruire au moyen de pinces-gouges et de curettes. Au cours de l'opération on constatera souvent qu'il est indispensable de poursuivre tout le groupe des cellules ethmoïdales par la voie d'accès créée aux dépens de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. On aura bien soin d'assurer l'écartement du globe oculaire au moyen d'un écarteur mousse. Par cette brèche on introduira une forte curette, le tranchant dirigé en haut, qui ouvrira sans difficulté la totalité des cellules ethmoïdales dont les parois sont friables. Moyennant la précaution d'entamer les cellules, la curette tenue horizontalement, on ne court pas de risques parce que la paroi cranienne est beaucoup plus épaisse et résistante. La curette pourra au besoin défoncer la paroi antérieure du sinus sphénoïdal.

Le drainage final assure l'hémostase, mais ne pourra être maintenu que quelques heures, puisqu'il peut constituer une cause de rétention.

Le foyer frontal sera ainsi en large communication avec la cavité nasale et un drainage permanent sera ainsi parfaitement assuré.

La sinusite ethmoïdale

Nous avons vu qu'elle est presque toujours secondaire aux sinusites maxillaire et frontale. Dans quelques cas cependant les cellules ethmoïdales peuvent être infectées par des suppurations de l'orbite ou du cerveau mais ce ne sont là que des cas isolés, dont on ne connaît que quelques cas dans la littérature médicale. Inversement, par suite de destruction osseuse, le pus des cellules ethmoïdales pourrait faire irruption dans l'orbite ou dans la cavité cranienne ; heureusement, l'épaisseur de la paroi supérieure du labyrinthe offre une paroi très résistante au pus.

L'ethmoïdite primitive est excessivement rare. En dehors de la grippe, cause habituelle des sinusites, il n'y a que l'ablation des myxomes qui puisse provoquer un empyème ethmoïdal primitif. Mais la question se pose de savoir s'il peut y avoir production de polypes muqueux sans ethmoïdite ? En général, il y a ethmoïdite dans ce cas, quoiqu'on puisse expliquer la production de myxomes sous l'influence d'irritations variables.

La symptomatologie se confond avec celle de la sinusite frontale, à moins qu'il ne s'agisse d'un cas d'empyème ethmoïdal clos. Cette lésion ne peut être soupçonnée qu'en présence de certains symptômes subjectifs, tels que douleurs fronto-orbitaires, sensation de pesanteur dans la tête, inaptitude au travail intellectuel, sensibilité à la pression au niveau de l'angle interne de l'œil ; objectivement on s'en rend compte par l'état de distension ampulliforme du cornet moyen ou de la bulle ethmoïdale antéro-supérieure.

On fait rétracter la muqueuse par un tamponnement au moyen d'une mèche imprégnée d'une solution de cocaïne au 1/5e ; il sera ainsi possible de se rendre compte de l'état local et des destructions de cette lésion, en explorant la région d'une main légère, avec un stylet mousse en métal très malléable, qui se laisse facilement courber dans différentes directions ; dans de rares cas, on réussira à pénétrer jusque dans le sinus frontal.

Traitement de l'ethmoïdite. — 1. Le traitement médicamenteux est semblable à celui de la sinusite frontale aiguë.

2. Le traitement opératoire de l'ethmoïdite non compliquée se résume dans la résection du cornet moyen à l'aide des pinces plates de Luc et dans le curettage du foyer. Une précaution essentielle consiste à veiller à ce que les tiges des instruments ne fassent pas avec le plancher de la fosse nasale un angle supérieur à une trentaine de degrés. En principe, tout le foyer ethmoïdal ne saurait être atteint par voie nasale ; c'est cependant une méthode précieuse de traitement, soit comme moyen de diagnostic, soit pour débarrasser le patient de myxomes récidivants, qui permet d'attendre que d'autres symptômes se manifestent.

L'ethmoïdite compliquée de sinusite frontale ou extériorisée vers l'orbite n'est justiciable que de l'intervention par voie externe, décrite précédemment.

La sinusite sphénoïdale

L'étiologie en est obscure. En général, elle coïncide avec la suppuration des autres cavités périnasales. Elle pourrait être causée par les irrigations nasales intempestives, qui pourraient introduire des éléments septiques dans le sinus.

La symptomatologie, avant l'apparition de complication est pour ainsi dire nulle, parce que l'affection passe souvent inaperçue au cours d'une maladie infectieuse. Les céphalalgies, les vertiges, etc., ne présentent rien de caractérisque. Si on soupçonne une sinusite sphénoïdale, on pourra constater au moyen de la rhinoscopie postérieure l'existence, au niveau de la paroi supérieure du pharynx, de pus liquide ou concrété, quelquefois de polypes.

L'antre sphénoïdal présente des rapports très importants. Par sa paroi supérieure, le sinus sphénoïdal correspond à la gouttière optique en avant, et, à sa partie postérieure, à la selle turcique sur laquelle repose le corps pituitaire ou hypophyse. Latéralement il correspond au sinus caverneux, qui loge dans sa paroi externe les nerfs oculo-moteur commun et externe, le nerf pathétique et le nerf ophtalmique de Willis. Il n'est donc pas étonnant que l'infection intracranienne, possible avec ou sans perforation osseuse préalable, puisse amener des complications très graves : phlébite du sinus caverneux, troubles oculaires, névrite optique, diminution du champ visuel, quelquefois cécité complète ; la leptoméningite à ce niveau, peut provo-

quer la parésie et la paralysie des différents nerfs cités plus haut.

Traitement de la sinusite sphénoïdale. — Il s'agira pour ainsi dire toujours d'une panantrite ou infection de toutes les cavités nasales accessoires. Le traitement sera donc celui de la sinusite frontale du maxillaire compliquée d'ethmoïdite ; on s'assurera d'ailleurs préalablement dans quelle mesure ces sinus sont infectés.

A la rigueur on peut atteindre le sinus sphénoïdal par voie nasale quand la fosse nasale est grande, particulièrement en cas d'ozène. Dès qu'il y a rétrécissement de la fosse nasale, par déviation de la cloison, éperons, etc., il vaut mieux faire d'emblée l'attaque du sphénoïde par la voie décrite plus haut pour la cure de l'ethmoïdite, créée aux dépens de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Après avoir défoncé graduellement les cellules ethmoïdales antérieures et postérieures, on s'assurera qu'on est au niveau du sinus sphénoïdal, en introduisant dans la profondeur un stylet mousse, en cherchant le point dépressible correspondant à l'orifice naturel du sinus. On reconnaîtra qu'on est au bon endroit lorsqu'en poussant la sonde à 1 centimètre plus loin, on rencontre un ressaut osseux formé par la paroi profonde du sinus. A ce moment l'instrument est arrêté et il n'y a plus moyen de le dégager en l'abaissant; il faut pour ce faire un mouvement rétrograde. C'est un signe évident qu'on est au bon endroit. Le stylet enroulé d'ouate ramènerait évidemment du pus en cas de suppuration.

S'il s'agissait d'une sinusite maxillaire compliquée d'anthrite sphénoïdale, on trouverait également une voie d'accès large à travers l'antre d'Hygmore ouvert au niveau de la fosse canine. La résection de la paroi postéro-supérieure du sinus maxillaire conduirait vers le sinus sphénoïdal.

L'ouverture de l'antre doit être large ; il importe donc d'étendre la brèche non seulement à la paroi antérieure, mais à toute la paroi inférieure ; dans ce but, on emploiera les divers modèles de pinces à emporte-pièce de Hajek, Lermoyez, etc.

Un curettage soigneux, mais exécuté avec douceur, de tous les diverticulums est indispensable.

Sauf en cas d'hémorragie notable, il faut éviter le tamponnement à demeure et se contenter d'un simple lavage à l'eau oxygénée. Les jours suivants on aura également recours aux badigeonnages à la teinture d'iode. Inutile de dire que les interventions sur les cellules ethmoïdales et sphénoïdales se font dans la chambre obscure. Après avoir détergé le sang, l'opérateur inspecte le champ opératoire, qui s'étend dans la profondeur, à plusieurs centimètres, au moyen de la lumière réfléchie.

Ce petit travail est le résumé des points essentiels de nos connaissances actuelles sur la question si intéressante des sinusites.

La Crise de la Médecine militaire en Allemagne

Le manque de médecins militaires se fait vivement sentir dans l'armée allemande, aussi l'administration s'est-elle vue obligée de prendre diverses mesures pour tenter de remédier à ce mal. Pour commencer, elle a élevé de 250 à 500 marks l'allocation annuelle accordée aux étudiants qui se destinent à la médecine militaire ; ensuite, elle a décidé que, dorénavant, les années d'études seront décomptées pour la retraite. (Pratiquement, cette dernière mesure équivaut à augmenter de cinq soixantièmes le taux de la pension des intéressés). Enfin, l'autorité militaire compte demander au Parlement une importante majoration du nombre des médecins généraux.

REVUE DE PATHOLOGIE

Epidémiologie de la poliomyélite

par M. C. KLING (de Stockholm),

L'étude des épidémies de poliomyélite montre que la maladie sévit sous forme épidémique surtout à la campagne, tandis que dans les villes on n'observe que des cas sporadiques ou de tout petits foyers. Cette particularité a été invoquée comme argument contre la théorie de la propagation par contact humain ; en effet, le contact est plus intime dans les villes et les grosses agglomérations qu'à la campagne. Cependant, nous savons actuellement, depuis les recherches de Kling, Pettersson et Wernstedt, de Kling et Levaditi, de Flexner, Clark et Fraser, de Lucas et Osgood, que le virus de la poliomyélite existe dans les sécrétions nasopharyngées et le contenu intestinal chez les malades et chez les sujets bien portants, porteurs de virus. Il a été établi, d'autre part (Kling et Levaditi), que les individus sains qui vivent au milieu de foyers de paralysie infantile, sans se contaminer, renferment des anticorps dans le sang. Ces faits expérimentaux montrent, d'une part, que la maladie se transmet par contact humain et, d'autre part, que dans les foyers de paralysie infantile, le virus est répandu beaucoup plus que l'indique la fréquence des cas typiques ou abortifs. Or, les mêmes conditions doivent présider à la propagation de l'infection dans les villes : pourquoi alors cette morbidité relativement faible que nous constatons dans les agglomérations humaines ? Nous pensons qu'elle doit être attribuée à une création lente et progressive d'un état réfractaire parmi la population des villes. Cet état réfractaire est réalisé par des attaques légères et restées inaperçues (formes abortives), et favorisé précisément par la fréquence du contact.

J'ai essayé de vérifier cette hypothèse et j'ai étudié les cas de poliomyélite (*sujets âgés de plus de quatorze ans*) dans deux grandes villes de Suède, Stockholm et Gothembourg, où la maladie a sévi au cours des années 1911-1912. Je donne ici le résumé de mes constatations. Les cas que j'ai étudiés, et dont le chiffre total monte à 56, sont répartis en deux catégories :

1° *Ceux qui sont nés dans la ville et y ont vécu pendant leur enfance*

2° *Ceux qui sont nés à la campagne, y ont été élevés et sont arrivés plus tard à la ville pour y habiter.*

Parmi les 56 cas étudiés, 23 étaient élevés à la ville et 33 étaient nés et élevés à la campagne ; ces derniers sont arrivés à Gothembourg ou à Stockholm après l'âge de l'adolescence. La morbidité a été un peu plus grande parmi les sujets de cette dernière catégorie (59 p. 100), soit les campagnards immigrés à la ville. Mais cette différence devient plus marquée si l'on tient compte du mode d'évolution de la maladie. En effet, parmi les 33 campagnards, 24 ont été atteints d'une forme grave ou mortelle, ce qui donne un pourcentage de 72 p. 100, tandis que la même proportion, parmi les sujets nés à la ville, a été de 43 p. 100 (10 cas graves seulement au lieu de 24, et parmi les 13 cas légers, 10 étaient des poliomyélites tout à fait fugaces). *La paralysie infantile évolue donc, chez les citadins, d'une façon généralement plus légère, tandis que chez les campagnards arrivés à la ville elle offre un pronostic beaucoup plus grave.* D'ailleurs, la plupart des malades qui arrivaient de la campagne et qui ont contracté la poliomyélite à la ville, avait fait un séjour relativement court à Gothembourg ou à Stockholm (de plusieurs semaines à deux ou trois ans).

Il en résulte que les citadins offrent une résistance plus marquée que les campagnards. Cet état réfractaire relatif est dû, très probablement, à des infections antérieures, légères, restées méconnues et favorisées par le contact plus intime des habitants des grandes villes (1).

REVUE DE CHIRURGIE

Analgésie générale par rachicocaïnisation lombo-sacrée

Par M. le Dr G. LE FILIATRE

Après plus de 2.000 rachicocaïnisations (2), sans aucun accident, et dix ans de pratique de rachianesthésie lombaire, je suis arrivé à obtenir, depuis deux ans, d'une façon constante, non seulement l'analgésie du tronc et des membres supérieurs, mais encore de la tête et du cou, en pratiquant toujours l'injection et la ponction au niveau de la première vertèbre sacrée.

Pour procéder à l'analgésie de l'individu, je ponctionne le lac lombo-sacré, au niveau de la première vertèbre sacrée, au-dessous de la cinquième lombaire ; je laisse couler 10 c.c. de liquide céphalo-rachidien pour l'analgésie de la partie sous-ombilicale de l'individu, 15 c.c. pour la région sous-ombilicale non compris le cou et la tête et 20 c.c. pour le cou et la tête. Si le sujet présente une forte tension de son liquide, j'augmente ces chiffres de 5 c.c. J'injecte ensuite de 2 c.c. 1/2 à 3 c.c. de ma solution de cocaïne préparée extemporanément et pratique une injection hypodermique dans la cuisse de 2 milligrammes de sulfate neutre de strychnine et de 5 centigrammes de spartéine. Le malade est allongé la tête légèrement relevée par un coussin, et pendant cinq à six minutes je lui ordonne de tousser. Au bout de dix à quinze minutes, on obtient une anesthésie totale et intensive de la tête et du cou.

Un peu de pâleur de la face, une diminution parfois assez marquée de l'intensité des battements de l'artère radiale sans que le rythme soit influencé; parfois, mais rarement, quelques nausées : tels sont les symptômes que l'on peut rencontrer pendant la première demi-heure qui suit l'injection, symptômes passagers auxquels une expérience de douze ans ne m'a fait *plus attacher aucune importance*. L'analgésié conserve avec une respiration normale sa motilité, ses réflexes, toute son intelligence et différencie le chaud du froid sans accuser la moindre sensation de brûlure. La durée de l'analgésie varie suivant la dose de cocaïne injectée : pour la tête et le cou, d'une demi-heure à une heure, pour le thorax et les membres supérieurs, de une heure à une heure et demie ; pour la région sous-ombilicale, de une heure et demie à trois heures. Le malade peut ensuite manger et boire. Vingt-quatre heures après, la ponction lombaire nous permet de constater que le liquide céphalo-rachidien est parfaitement normal.

Avec ce procédé, nous n'avons plus à craindre d'intoxiquer le globule sanguin, ni de troubler en un mot, comme avec le chloroforme, la sécrétion rénale et le fonctionnement normal du foie, ce qui, pour le chirurgien, présente un intérêt de la plus haute importance et, en particulier, chez les cardiaques, les cachectiques, les albuminuriques et les vieillards. C'est ainsi que depuis deux ans, j'ai pu pratiquer 27 analgésies de la tête et du cou sans avoir subi jamais le moindre échec. Pour permettre au lecteur de se faire une idée aussi exacte que possible de ce mode d'analgésie, je rapporterai ici, comme exemple, la dernière opération que je fis à l'Infirmerie centrale des Prisons pour l'énucléation d'un œil, assisté des internes, MM. Bertrand et Decroq.

(1) Soc. de biol.

(2) Pour plus amples renseignements, se reporter à la dernière thèse, faite dans mon service, sur ce sujet : Bettinger, *De la Rachicocaïnisation de la moitié supérieure du corps, suivant le procédé du Dr Le Filiatre.* Paris, Vigot, 1912.

Le nommé M. V..., âgé de dix-neuf ans, m'est adressé par M. Dehenne pour brûlure chimique et destruction de la cornée avec symblépharion complet. Le malade à jeun, après ponction et évacuation de 20 c.c. de liquide céphalo-rachidien, j'injecte 3 c.c. de ma solution fraîche de cocaïne ; injection hypodermique de 1 millig. 1/2 de strychnine et de 5 centigrammes de spartéine. Je fais tousser le malade à plusieurs reprises afin de faciliter la diffusion de notre solution dans le liquide céphalo-rachidien. Le malade est étendu horizontalement, la tête relevée par un coussin. Au bout de dix minutes, l'analgésie est générale des pieds au cuir chevelu. Le malade, un peu pâle, se trouve bien, la respiration régulière à 18 par minute, l'artère radiale bat un peu moins fort, mais avec le rythme de 78 à la minute comme avant, le malade répond à toutes les questions qu'on lui pose et exécute pendant l'opération avec les membres et l'œil sain les mouvements demandés : c'est ainsi qu'au cours de l'énucléation le malade déplaçait le globe oculaire à ma convenance suivant que je lui demandais de regarder à gauche, à droite, en haut ou en bas. Pendant l'intervention, le malade se trouve bien et n'accuse ni douleur ni gêne quelconque. Les tractions sur le globe oculaire, les sections des muscles de l'œil, la libération de la sclérotique, de la capsule de Tenon, la section du nerf optique sont autant de temps opératoires qui laissent le malade indifférent. Durée de l'anesthésie pour la tête : une heure passée. Le soir, tout est normal et le malade se lève le lendemain matin : il ne présente plus qu'une plaie banale.

Avec cette méthode, nous pratiquons aujourd'hui toutes les opérations chirurgicales quelle que soit la région à laquelle elles s'appliquent et quel que soit l'état général du sujet. Nous sommes loin de partager l'avis de R. Chaput quand il déclare que la rachianesthésie lombaire n'est une anesthésie idéale que pour les membres inférieurs et la région ano-génitale ; il est vrai que M. Chaput emploie la *novocaïne*, qui ne permet pas une diffusion dans le liquide céphalo-rachidien au delà des dernières dorsales (1).

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine

D'après M. le Dr E. Rouffart, il convient de grouper comme suit les signes d'une grossesse ectopique non rompue :

1° L'état des règles. Souvent elles apparaissent régulièrement, mais en moins grande abondance ; parfois encore elles manquent tout à fait, d'autres fois encore elles sont irrégulières et profuses et c'est ce symptôme qui amène la malade chez le gynécologue. Dans certains cas, les menstrues sont tout à fait normales.

2° Les maladies gravidiques sont peu marqués, comme nous l'avons dit plus haut ; il y a parfois de l'insomnie.

3° Les seins sont souvent tendus et présentent parfois un peu de sécrétion de colostrum.

4° Changement de couleur de la muqueuse génitale qui est cyanosée ; pulsation vasculaire plus forte d'un côté du bassin où siège une tumeur.

5° Tumeur molle, indolore, vague, sur les côtés de la matrice, occupant la position habituelle de la trompe.

Parfois cette tumeur se durcit par une contraction tubaire antipéristaltique, allant de l'utérus à l'orifice abdominal de la trompe.

Quand le fœtus meurt sans qu'il y ait eu rupture de la trompe, il y a absorption du liquide amniotique et une rapide diminution de la tumeur, diminution d'ailleurs définitive.

6° Douleur obscure, surtout dans les premiers temps de la gravidité, dont l'origine n'est pas dans la pénétration du sang dans le péritoine, mais dans la tension de la trompe, qui s'est développée lentement sur l'embryon qui grandit.

7° Utérus mou, indolore, augmenté de volume, pouvant se trouver en anté ou en rétroflexion. Cette augmentation n'est jamais considérable à cette période qui ne dure pas longtemps, le plus souvent de deux à dix semaines, rarement quatorze.

Parmi tous ces symptômes, il n'y en a aucun qui puisse être considéré comme constant, aussi a-t-on conseillé de recourir à la colpotomie antérieure ou postérieure pour assurer le diagnostic. Cette manœuvre ne présente que des inconvénients bien minimes en comparaison du grand bénéfice qu'il y a pour la malade d'assurer un diagnostic exact dans un cas aussi grave.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Combinaison de la grossesse utérine et de la grossesse extra-utérine

A l'occasion d'un cas de grossesse utérine combinée à une grossesse extra-utérine, Simpson (de Pittsburg) vient de publier dans *Amer. Journ. of Obstetrics* une étude complète de la question. L'auteur a pu réunir 113 observations en dépouillant la littérature médicale.

Proposant pour ces cas le terme de *grossesse composée (compound pregnancy)*, il en reconnaît deux grandes classes :

1re *classe* : La femme présente une grossesse utérine, alors qu'elle porte, depuis un temps variable, les reliquats d'une grossesse extra-utérine, arrêtée dans son développement par la mort du produit de conception. Simpson en cite 16 cas, liste que, sans aucun doute, on pourrait beaucoup augmenter.

2e *classe* : Les produits de conception de la grossesse utérine et de la grossesse extra-utérine vivent en même temps ; on peut rencontrer trois variétés de cas.

a) Premier cas : La conception ectopique précède l'utérine, les deux embryons vivant simultanément pendant un temps variable ; l'auteur en rapporte 3 cas.

b) Second cas : La conception ectopique suit l'utérine ; ici les faits sont peu nombreux ; en analysant très sérieusement les observations, on n'en trouve que deux, indiscutables.

c) Troisième cas : La conception se fait simultanément dans l'utérus et hors de l'utérus. Cette classe, de beaucoup la plus nombreuse, comprend 88 cas.

Le traitement de la grossesse extra-utérine composée est, dans ces principaux points, identique à celui de la grossesse extra-utérine simple. On n'oubliera jamais que le kyste fœtal ectopique vivant ou mort, est une source permanente de dangers pour l'organisme qui le porte. L'intervention est particulièrement indiquée quand il survient quelque complication, telle que rupture ou avortement tubaires. Contrairement à la plupart des auteurs, Simpson est d'avis d'attendre, dans ce cas, pour opérer, que la malade ne soit plus en état d'anémie aiguë.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

La Sidérose de l'Œil

Par M. le Docteur Marcel Danès (de Bruxelles)

La sidérose consiste dans l'imprégnation des tissus oculaires par un sel de fer insoluble. D'après Leber et von Hippel, le fer, au contact de l'acide carbonique des liquides oculaires, se transforme en carbonate ferreux soluble diffusant dans les différentes parties de l'œil ; en contact avec les tissus il se transforme en oxyde de fer hydraté, insoluble : le précipité formé se transformerait en albuminate de fer. Des réactions microchimiques au ferricyanure de potassium (Perls) permettent de montrer sur des coupes d'yeux cette imprégnation par le fer dans la rétine, l'épithélium des procès ciliaires de la partie ciliaire de la rétine, l'épithélium cristallinien et l'épithélium de l'iris.

Dès que le fragment métallique pénètre dans l'œil, cette transformation chimique commence : immédiatement autour du corps étranger existe une pigmentation brunâtre ; c'est ce que von Hippel appelle la sidérose directe. Mais peu à peu les tissus éloignés sont envahis de proche en proche : c'est la sidérose indirecte. Il résulte de l'observation clinique et des expériences sur les animaux que cette sidérose indirecte envahit successivement toutes les parties constituantes de l'œil.

Le morceau de fer, logé dans la partie antérieure de l'œil (cornée, chambre antérieure, iris, chambre postérieure) ou dans la sclérotique, provoque moins souvent la sidérose indirecte que celui logé dans le segment postérieur du globe ou dans le cristallin. La sidérose peut encore se produire quand le corps étranger, après avoir traversé l'œil de part en part, se fixe dans l'orbite mais à proximité de la sclérotique.

Voyons donc comment se présente cette sidérose dans les différentes parties de l'œil.

La cornée est rarement atteinte, même lorsque toutes les autres parties de l'œil sont entreprises ; quelquefois cependant un examen attentif à la loupe permet de découvrir sur l'épithélium postérieur un semis de petites taches brunes ou jaunes.

L'iris est fréquemment atteint : ce sont les transformations de couleur que subit cette membrane qui attirent l'attention et permettent de poser rapidement le diagnostic. L'iris change de couleur : il peut devenir vert, jaune vert, jaune rouge ocre, rouge brun, brun rouille ; cette coloration peut envahir l'iris en totalité ou en secteur.

Cette lésion ressemble à l'anomalie congénitale appelée hétérochromie de l'iris.

En même temps que ce changement de coloration, le muscle ciliaire peut s'imprégner de sels de fer ; il en résulte des troubles de motilité tels que mydriase, myosis, accompagnés d'inégalité pupillaire et de trémulations de la membrane irienne. Cette sidérose de l'iris est presque toujours incurable, même quand le fragment métallique est enlevé de l'œil ; il n'existe que deux cas dans lesquels la coloration de l'iris revint à la normale et sur lesquels nous reviendrons à propos du pronostic.

Le cristallin est fréquemment blessé directement et peut présenter de la sidérose directe ; autour du corps étranger existe une coloration en plaques brunes, puis le cristallin s'opacifie et présente une cataracte traumatique. Par sidérose indirecte, toute la masse cristallinienne se colore en jaune, sur la cristalloïde antérieure se forme une couronne de points bruns occupant la circonférence d'une pupille légèrement dilatée. Le cristallin ne doit pas être touché par le corps étranger pour devenir opaque : sur 14 cas de sidérose apportés par Elsenberg, il y eut 13 cristallins opacifiés, 5 par traumatisme direct, 8 par action chimique.

Tous ces symptômes se rencontrent également quand le corps étranger ne se trouve pas dans le cristallin et même quand il est logé dans le pôle postérieur de l'œil.

Il arrive également, mais beaucoup plus rarement, que le cristallin se ratatine et se résorbe complètement.

La lésion sidérotique la plus fréquente est la formation de la couronne de points bruns sur la cristalloïde antérieure.

Le corps vitré toujours atteint directement

(1) *Soc. de biol.*

dans les cas de corps étranger du pôle postérieur de l'œil se colore en jaune, jaune brun, brun, brun rouge; il peut changer de consistance, devenir plus liquide ou plus épais ou se ratatiner et enfin présenter des hémorragies. Ces troubles, peu importants en eux-mêmes, ont cependant une grande influence sur le sort ultérieur de la rétine, qui peut très tardivement, même quand le corps étranger a été enlevé depuis longtemps, se décoller.

La sidérose du corps vitré se produit très facilement, car c'est au contact de celui-ci que le fer subit le plus facilement sa transformation chimique.

La rétine est très fréquemment atteinte de sidérose directe, car par la pesanteur le corps étranger vient se reposer sur elle.

La sidérose indirecte se produit presque toujours quand le corps étranger est dans le segment postérieur de l'œil.

Lorsqu'on parvient à examiner à l'ophtalmoscope un œil dont la rétine est atteinte de sidérose, cette membrane présente un aspect particulier rappelant la rétinite pigmentaire, accompagnée souvent d'atrophie du nerf optique. L'acuité visuelle est diminuée et peut même devenir nulle. La rétine, sous l'action des sels de fer, est atteinte de dégénérescence ; anatomiquement cette dégénérescence se manifeste par la destruction des couches internes de la rétine avec prolifération du tissu conjonctif de soutien et prolifération et pigmentation des cellules des couches internes. Cette dégénérescence peut s'établir même tardivement (un à deux ans) après l'accident ; une fois établie elle continue, même quand le corps étranger est enlevé. Cette dégénérescence de la rétine est très fréquente ; sur 44 cas de sidérose oculaire, von Hippel l'a observé 34 fois. Les très petits éclats peuvent la produire ; seul l'encapsulement la retarde.

Outre cette dégénérescence généralisée de la rétine, on peut quelquefois constater une lésion spéciale de la macula. Haab, Hurzeleer et Weidmann ont décrit une image ophtalmoscopique spéciale, se produisant même après un séjour peu prolongé d'un fragment de fer à l'intérieur de l'œil. La macula présente un léger changement de coloration et un fin pointillé pigmenté ; en même temps l'acuité visuelle est fortement diminuée et le réflexe maculaire est aboli.

A côté de ces accidents dus à l'imprégnation par des sels de fer des différentes parties de l'œil, il peut survenir d'autres accidents plus tardifs encore.

Le décollement secondaire de la rétine, différent du décollement primitif dû au traumatisme, survient à la suite de la dégénérescence de la rétine, des hémorragies, des inflammations, de l'écoulement ou du ratatinement du corps vitré. Ce décollement peut se produire longtemps après l'enlèvement du corps étranger. Ce décollement peut à son tour retentir sur le corps ciliaire et amener des cyclites spontanées à répétition.

Enfin, les autres complications du séjour prolongé d'un fragment métallique à l'intérieur de l'œil sont : l'augmentation de la pression intraoculaire, des phénomènes inflammatoires spontanés et des phénomènes sympathiques.

Pronostic : Si la présence d'un fragment de fer dans l'œil constitue pour cet organe un accident des plus graves, il est certain que l'établissement de la sidérose assombrit davantage encore le pronostic. La grandeur et la situation du corps étranger et la durée du séjour ont une influence prépondérante.

Un éclat métallique qui n'amène pas de troubles immédiats peut, plusieurs années après l'accident, provoquer des lésions fatales, si pour une cause quelconque, il sort de la capsule que lui avait formée l'organisme.

La sidérose est incurable, même si la cause de la lésion est enlevée; la maladie continue son évolution, car il ne nous est pas possible d'extraire le fer ayant subi une transformation chimique. Il existe dans la littérature ophtalmologique deux cas dans lesquels les auteurs avaient cru tout d'abord à une guérison de la sidérose. Dans le cas rapporté par Gramer, il s'agissait d'un fragment de fer ayant séjourné dans l'œil pendant neuf mois. Après extraction de la cataracte traumatique et du fragment de fer, la vision fut de 6/9. Mais un an environ plus tard, un décollement de la rétine se produisit. Dans le cas rapporté par Rogman, le corps étranger situé derrière l'iris et devant le cristallin provoqua de la sidérose de l'iris et du cristallin. Après extraction du fragment métallique et extraction de la cataracte, la vision revint à 1/2 et se maintint telle pendant onze mois ; au bout de ce temps, l'iris reprit sa couleur normale ; un an plus tard cependant la vision fut réduite à 1/50 et la rétine présenta des plissements le long des branches terminales des vaisseaux sanguins.

Il est donc évident que la sidérose est une des complications les plus graves.

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE

Note sur les Oreillons

Par M. le Dr MANINE

Médecin de 1re classe de la Marine, professeur à l'École de Rochefort

Nous avons assisté à deux épidémies d'oreillons qui ont sévi, l'une à bord du croiseur *Friant*, en croisière sur les côtes du Maroc, l'autre à bord du croiseur *Pothuau*, vaisseau-école de tir à la mer à Toulon.

Sur le *Friant*, nous avons eu affaire à une épidémie massive, ayant atteint le tiers du personnel. Le nombre des malades s'est élevé à 122 ; 27 ont subi deux atteintes, 7 en ont subi 3, 4 malades avaient déjà été soignés pour oreillons. 2 en 1908, 1 en 1905, 1 dans son jeune âge. L'épidémie a duré quatre mois, juin à octobre 1910. Le premier cas s'est produit chez un quartier-maître, qui avait déjà eu les oreillons en 1908. Il s'agissait vraisemblablement, chez lui, d'auto-infection, car nous n'avons pu relever aucune source de contamination.

Sur le *Pothuau*, l'épidémie a été une épidémie perlée, en grains de chapelet ; il y a eu 21 malades dont 1 a subi deux atteintes. Elle a duré trois mois, janvier à avril 1911. Le premier cas s'est déclaré chez un matelot de retour, depuis une dizaine de jours, d'une permission pour les fêtes de Noël.

Chez nos malades, la période d'incubation la plus longue a été de dix-neuf jours ; la plus courte de cinq jours. Les âges extrêmes ont été dix-huit et quarante et un ans ; 80 p. 100 des malades étaient âgés de dix-huit à vingt-cinq ans.

Nous avons pu nous convaincre que la contagion se faisait directement d'individu à individu, par inhalation, que la maladie débutait par une inflammation du rhino-pharynx et que les sujets prédisposés aux affections des voies aériennes supérieures contractaient les oreillons plus facilement que les autres. Sa contagion a été favorisée par l'encombrement inévitable à bord d'un navire de guerre et par les variations brusques de température.

Nous avons remarqué que l'infection ourlienne présentait deux caractères importants : une affinité remarquable pour le tissu fibreux, un grand pouvoir de diffusion. Ayant suivi pas à pas sa marche dans le développement de la fluxion de la parotide, nous nous sommes rendu compte que l'invasion de la glande devait se faire, non seulement comme pour tout autre organe, par la voie sanguine, mais aussi par propogation directe de l'inflammation du rhino-pharynx à l'orifice et à la trompe d'Eustache, de cette dernière à la capsule de la glande, de la glande au canal de Sténon et aux régions voisines de la région parotidienne. Cette propagation inflammatoire est en quelque sorte inévitable, étant donné le pouvoir de diffusion de l'infection. En outre, elle sera forcément bilatérale, car il n'est pas possible que l'inflammation du rhino-pharynx soit localisée à un seul côté, étant donnée l'étroitesse de cette région. Ainsi s'expliqueraient, pour nous, l'existence constante de la parotidite dans tous les cas d'infection ourlienne de l'organisme, et la bilatéralité de la parotidite.

Symptomatologie. Période prodromique. — D'une durée de un à six jours, elle a été caractérisée par des phénomènes angineux, otiques, pituitaires.

Sur les 21 malades du *Pothuau*, tous ont présenté de l'angine, herpétique dans 1 cas ; 19, de l'otalgie, avec surdité dans 3 cas, avec otorrhée dans 3 autres cas ; 7, du coryza.

Période d'invasion. — D'une durée de douze à quarante-huit heures, elle a été caractérisée dans la plupart des cas, par des phénomènes généraux légers et fugaces malaise, courbature, inappétence ; dans les autres cas, par de l'insomnie, de la prostration, des sueurs profuses, des frissons, de l'embarras gastrique. Toujours, la température, prise en période d'invasion, a accusé de l'hyperthermie. La fièvre s'est accompagnée d'une floraison abondante d'herpès labial dans 2 cas, d'herpès auriculaire dans 1 cas.

Période fluxionnaire. — Elle a eu une durée fort variable selon les cas, en général de une à trois semaines.

Gonflement parotidien. — Nous lui avons reconnu deux caractéristiques importantes : siège à la fois facial et cervical, tout autour du lobule de l'oreille — siège péri-lobulien — ; bilatéralité constante, mais le plus souvent asymétrique. Il a présenté trois degrés. Au premier degré ; gonflement peu ou pas apparent ; tissu cellulaire sons-cutané légèrement envahi par l'infection ; peau non modifiée dans son aspect, mais peu mobile sur les plans profonds: Au deuxième degré : gonflement bien manifeste ; infiltration œdémateuse du tissu cellulaire sous-cutané ; peau non mobile sur les plans profonds, rouge, déprimée en sillon au niveau du bord adhérent du lobule auriculaire ; saillie à contour assez bien limité, formant dans certains cas une sorte de médaillon accroché au lobule de l'oreille. Au troisième degré : extension de l'infiltration œdémateuse aux régions voisines ; peau très rouge, luisante, parfois d'aspect érysipélateux ; sillon lobulien profond.

Gonflement sténonien. — Il a été caractérisé par un épaississement induré, transformant le canal en un cordon rapide, du calibre d'un crayon ordinaire dans certains cas. Le méat buccal devenait, parfois, turgescent avec boursouflement et coloration violacée de la muqueuse.

Points douloureux. — Nous avons distingué 5 points douloureux : 3 parotidiens, 2 sténoniens. Des 3 points parotidiens, l'un est prélobulien, placé entre le lobule de l'oreille et le bord postérieur du masséter ; le second est sous-lobulien, placé entre le lobule et l'angle de la mâchoire ; le troisième est rétro-lobulien, placé entre le lobule et l'apophyse mastoïde. A leur niveau, on comprime la parotide directement contre l'os c'est là un avantage fort appréciable. Des 2 points sténoniens, l'un est situé sur le canal, à son passage au-dessous de l'os malaire ; l'autre, au niveau du méat buccal. Le point buccal présente une particularité aussi intéressante qu'importante : c'est l'irradiation vers la parotide de la douleur provoquée au méat.

Epreuve de la substance sapide. — Nous avons remarqué qu'en humectant la langue avec de l'eau sucrée ou du vinaigre, pour produire une suractivité fonctionnelle de la parotide, nous

provoquions des douleurs plus ou moins violentes localisées par les malades aux régions parotidiennes.

Phénomènes inflammatoires de voisinage. — Ils ont déterminé de l'œdème de la région mastoïdienne, des douleurs nuchales, des douleurs cervicales irradiées vers l'épaule, de la tuméfaction des divers groupes ganglionnaires du cou.

Autres localisations. — Nous avons observé une tuméfaction nette de la glande sous-maxillaire et du canal de Warton dans une dizaine de cas, 2 cas d'endocardite, 4 cas de gonflement articulaire, 1 cas de tuméfaction notable du pharynx, 13 cas d'orchite, bilatérale dans 2 cas.

Complications. — L'infection ourlienne s'est compliquée d'amygdalite ulcéreuse dans 3 cas, d'ictère infectieux dans 1 cas, de suppuration abondante de l'oreille dans 1 cas, d'atrophie testiculaire dans 2 cas, d'anémie marquée dans 3 cas. Dans plusieurs cas, il y eu du pseudo-trismus, une forte dysphagie, une violente irritation laryngée.

Prophylaxie. — Nous avons pratiqué l'isolement précoce des suspects, grâce à une inspection quotidienne de l'équipage, et la désinfection minutieuse deux fois par jour, des fosses nasales et de la cavité bucco-pharyngée des hommes ayant été en contact avec les contaminés, ainsi que des malades soignés pour des affections des voies aériennes supérieures. Cela nous a suffi à bord du *Pothuau* pour enrayer l'épidémie. Il n'en a pas été de même à bord du *Friant*; on a été obligé de se résoudre à débarquer l'équipage et à pratiquer une désinfection complète du navire. (1)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des kystes synoviaux du poignet par la teinture d'iode

D'après le Dr Parowski, la guérison de ces kystes s'obtient aisément et rapidement au moyen d'injections de teinture d'iode, ainsi, du reste, que le recommandait naguère Duplay dont la méthode est aujourd'hui tombée dans l'oubli.

Voici comment il convient de procéder :

Pour toute instrumentation, il suffit d'une seringue de Pravaz avec aiguille courte.

Le dos de la main où saille le kyste est badigeonné à la teinture d'iode. La paume de la main est mise à plat sur une table. On peut rendre le kyste plus saillant — et cela est quelquefois indispensable quand il est peu apparent : — l'avant-bras seul s'appuiera sur la table — la main en dépassera légèrement le bord, on la laissera pendre faiblement.

Le poignet ainsi fléchi rend, d'une part, la petite tumeur plus nette et, d'autre part, tend les téguments, ce qui permet à l'aiguille de les pénétrer plus aisément.

Dans cette position, on immobilisera le kyste avec deux doigts de la main gauche, tandis que, d'un coup, on enfoncera la petite aiguille à injection ; neuf fois sur dix, la ponction du kyste ne donne issue à rien. Il est, en effet, très rare de voir sortir à ce moment, par l'aiguille, quelques parcelles de cette gelée ambrée qui emplit la petite tumeur ; deux ou trois gouttes de teinture d'iode — de préférence de l'ancien Codex — sont poussées dans l'intérieur de la cavité kystique. On retire l'aiguille.

Il n'est pas rare de voir, au même moment, sourdre quelques gouttelettes de gelée kystique. Elles sortent spontanément, sans qu'il soit besoin d'exercer une pression, elles sont mélangées à la teinture d'iode. Nous croyons bon, dans ce cas, de réinjecter un peu d'iode dans le kyste.

Nous faisons un très léger pansement, un peu compressif : soit avec quelques compresses gradnées, soit avec quelques rondelles d'amadou. Quelques tours de bande en crêpe les maintiennent.

En somme, le pansement ne doit gêner en rien les mouvements de la main ou des doigts. Il est laissé en place quatre à cinq jours. Que le kyste ait été vidé ou non lors de la première injection, à ce moment il est ramolli — très diminué de volume, quelquefois entièrement effacé.

Nous faisons une nouvelle injection. Nous réappliquons le même pansement léger et compressif. Nous le laissons encore trois jours. Au bout de ce temps, dans 99 0/0 des cas, le kyste est complètement guéri. Dans les cas tout à fait exceptionnels où il est encore un peu apparent, nous réinjectons quelques gouttes de teinture d'iode. Comme M. Robineau l'avait déjà signalé, nous n'avons jamais vu un kyste résister à trois injections.

(1) Soc. méd. des hôp.

Indications et Technique de la vaccination anti-typhoïdique

par M. SCHNEIDER
Médecin-Inspecteur, Directeur du Service de santé du 20e corps d'armée

Les indications générales de la vaccination antityphoïdique sont celles qui ressortent d'une part de la menace éventuelle d'une épidémie de fièvre typhoïde dans la ville qu'on habite ordinairement, d'autre part des conditions de vie momentanées, dans un milieu particulièrement exposé, ou à l'occasion d'un voyage ou d'un séjour dans un pays ou une localité spécialement infectés.

La vaccination antityphoïdique doit donc être recommandée, aux individus habitant des localités, où l'eau de boisson est de qualité douteuse, mal surveillée, exposée à des contaminations, ainsi qu'aux sujets appelés à voyager, à s'expatrier, à séjourner dans des contrées, des localités, où la fièvre typhoïde règne à l'état endémique, tout particulièrement dans les grandes villes, les villes du Midi, les colonies, etc...

La vaccination antityphoïdique doit être conseillée aux personnes, exposées par leur profession ou des circonstances spéciales, à l'infection par le bacille d'Eberth.

Je citerai, tout d'abord, les médecins, les étudiants, les infirmières, les infirmiers, les gardes-malades, sans oublier les bactériologues et leurs garçons de laboratoire.

Enfin, il est prudent de vacciner les parents, les frères et sœurs, les domestiques d'un malade atteint de fièvre typhoïde, et on n'a, en ce cas, nullement à redouter l'apparition d'une phase négative. Il faut aussi employer la vaccination chez les personnes qui vivent auprès d'un ancien typhoïdique guéri, mais resté porteur de germes, ainsi que cela se voit si fréquemment et quelquefois pendant un temps assez long.

Comme la vaccination jennérienne, elle doit encore être recommandée chez les écoliers et chez les soldats, non seulement chez ceux qui sont en garnison dans des villes où la fièvre typhoïde se rencontre chaque année, mais chez tous, car ils sont d'autant plus susceptibles de prendre la maladie, dans les cantonnements et pendant les marches et manœuvres, qu'ils sont habituellement pourvus d'une eau de bonne qualité et très surveillée.

Je n'ai pas besoin d'insister sur la nécessité de recourir à la vaccination chez les marins, les soldats de l'armée coloniale et ceux de l'armée métropolitaine faisant campagne ou envoyés dans les colonies dont l'eau est souvent malsaine. L'exemple de l'année dernière au Maroc, sur lequel je reviendrai, démontre surabondamment l'excellence de cette pratique.

J'ai parlé tout à l'heure des écoliers.

Il y a lieu de rappeler à ce sujet que trop souvent les écoles sont encore pourvues d'eau douteuse.

Il y aura sans doute lieu, également, de préconiser la vaccination antityphoïdique dans la population ouvrière des usines.

Enfin, il serait bon de conseiller éventuellement la vaccination des enfants et des adolescents d'une ville ou d'un village, où vient d'éclater inopinément la fièvre typhoïde. L'expérience récente d'Avignon, où l'on a vacciné en pleine épidémie, a en effet démontré, d'après le rapport précité du médecin principal Simon, que cette pratique non seulement n'avait aucun inconvénient, mais avait certainement amené le dénouement si brusque de cette épidémie.

En ce qui concerne les *contre-indications*, je dois insister surtout sur la nécessité de ne pas appliquer la vaccination antityphoïdique chez les sujets atteints d'une affection aiguë ou chronique.

Parmi les maladies aiguës, je citerai le coryza, la grippe, les angines, la bronchite et d'une façon générale, les affections pulmonaires, l'embarras gastrique fébrile ou non, l'entérite.

Parmi les chroniques, il faut classer la tuberculose, le paludisme, la syphilis, les affections cardiaques, la néphrite, le diabète, et encore, en cas d'urgence, peut-on employer la vaccination chez ces malades, à condition de tâter l'individu en faisant des injections moins fortes, quitte à en augmenter le nombre et à les accompagner du traitement spécifique de la maladie en question.

En général, il est bon de ne pas choisir pour la vaccination une époque où le sujet est fatigué ou débilité, période menstruelle chez la femme, concours, examens chez le jeune homme.

Ainsi que je l'ai dit, il n'y a aucun inconvénient, mais au contraire, avantage, à pratiquer la vaccination antityphoïdique en temps d'épidémie, et même chez un sujet déjà infecté. Elle paraît, en effet, avoir eu, en diverses occasions une influence heureuse sur l'évolution ultérieure de la maladie. Qu'il me soit permis de citer, entre autres cas, celui d'un étudiant en pharmacie, attaché au laboratoire de bactériologie dont était chargé, il y a deux ans, mon fils, médecin aide-major à l'hôpital militaire Bégin, de Saint-Mandé. Cet infirmier avait, par maladresse, avalé, par une pipette, une quantité notable d'une culture pure de bacilles d'Eberth et quelques jours après il présentait déjà des symptômes non douteux du début de la maladie, quand il fut conduit par mon fils à son maître le professeur Vincent et soumis, à l'hôpital du Val-de-Grâce, à la vaccination spécifique. Or, malgré son infection déjà manifeste, cet homme ne fit qu'une fièvre typhoïde, courte, bénigne, sans complications et suivie d'une convalescence rapide.

J'en arrive maintenant à la *technique* de la vaccination antityphoïdique.

Je rappellerai que le vaccin est livré en ampoules scellées de 2, 5, 10 et 20 centimètres cubes. Chaque ampoule porte une étiquette indiquant la nature du vaccin et sa date de fabrication, plus un numéro d'ordre.

Le vaccin doit être soigneusement conservé au froid et à l'abri de la lumière. Dans ces conditions seulement, son activité se maintient pendant trois mois. Toutefois, si les ampoules ont été strictement tenues à l'obscurité et dans une glacière, le vaccin conserve toutes ses propriétés immunisantes pendant une durée beaucoup plus longue.

Le matériel nécessaire aux inoculations se compose de seringues de verre d'une capacité d'au moins deux centimètres cubes et

demi, avec des aiguilles courtes d'acier ou de platine. Le tout doit être stérilisé à l'autoclave. Dans la pratique, il suffit cependant de maintenir la seringue et l'aiguille pendant cinq minutes dans l'eau bouillante.

Le lieu d'élection est le moignon de l'épaule gauche (épaule droite chez les gauchers).

La zone la plus propice est située sur une ligne qui prolongerait le bord interne du bras à deux travers de doigt au-dessus de l'extrémité du pli axillaire, en arrière du bord postérieur du deltoïde. On avait tout d'abord conseillé de faire l'injection sous la peau du flanc, mais le frottement des vêtements, le passage de la ceinture ou des bretelles réveillaient la sensibilité locale à la suite de l'injection et amenaient quelquefois un peu d'œdème. On a donc renoncé à cette région, et aussi à la région deltoïdienne, qui est trop riche en filets nerveux sensitifs, ce qui explique les réactions quelquefois un peu vives des débuts de la méthode.

La douleur ressentie, si douleur il y a, est celle d'une légère contusion et peut être comparée à l'impression d'un coup de poing sur l'épaule, un peu comme dans l'injection sous-cutanée de chlorhydrate de quinine.

En ce qui concerne l'injection même, l'instruction s'exprime ainsi :

Avant d'ouvrir l'ampoule, l'agiter, donner un trait de lime sur le goulot et badigeonner ensuite ce goulot avec de la teinture d'iode (éviter le flambage, qui pourrait altérer le pouvoir immunigène du vaccin). Laisser sécher, puis sectionner.

Aspirer le vaccin à l'aide d'une seringue rigoureusement stérilisée par l'ébullition et *refroidie* avant l'usage, afin d'éviter l'action nuisible de la chaleur sur le vaccin.

Lorsque plusieurs personnes doivent être simultanément vaccinées, il est utile, chaque fois, et pour chacune d'elles, de recourir à une seringue et à une aiguille différentes, stérilisées par une nouvelle ébullition. Il arrive parfois, en effet, qu'un peu de sang du sujet vacciné reflue dans la seringue, aussitôt après l'injection ; une nouvelle stérilisation est donc indispensable pour éviter la possibilité de contagion syphilitique.

Les téguments sont préalablement désinfectés à la teinture d'iode. L'injection doit être faite strictement *sous la peau* et jamais dans le derme, sous l'aponévrose ou dans le muscle. Injecter lentement. Ne pas masser ensuite. Inviter le sujet à ne pas se servir du bras pendant deux heures.

C'est pour ne pas avoir suffisamment suivi ces instructions ou avoir commis des fautes contre l'asepsie, que quelquefois, quoique bien rarement, certains opérateurs ont pu éprouver quelques mécomptes et produire une petite réaction inflammatoire locale, d'ailleurs peu grave.

La vaccination comprend quatre injections successives, espacées de sept à dix jours :

Les doses à inoculer sont les suivantes :

1re injection, un demi-centimètre cube ;

2e injection, un centimètre cube ;

3e injection, un centimètre cube et demi ;

4e injection, deux centimètres cubes.

Chez l'enfant, on injecte le même vaccin ; seulement on en réduit les doses :

De 3 à 11 ans, injecter moitié de la dose correspondante de l'adulte.

De 11 à 15 ans, injecter les deux tiers de la dose correspondante de l'adulte.

L'injection terminée, on retire l'aiguille et on dépose au niveau de l'orifice d'entrée une goutte de teinture d'iode.

Les inoculations doivent être pratiquées toutes du même côté. En cas d'induration d'un point d'inoculation, opérer les suivantes dans le voisinage.

Lorsque, pour certaines raisons, la typho-vaccination a été interrompue dans son cours, elle peut être reprise sans changement, après un délai de quinze à vingt jours.

Si l'intervalle ou le retard est plus considérable (par exemple s'il atteint ou dépasse un mois la typho-vaccination peut être reprise, à la condition de réitérer l'injection précédente et de continuer ensuite la série des injections, comme s'il n'y avait pas eu d'arrêt.

Les vaccinés n'ont pas besoin d'interrompre leurs occupations. Il y a lieu cependant de prendre à leur égard les précautions très simples suivantes :

1° Leur recommander de l'abstenir, le jour de chaque inoculation, de toute fatigue, de tout excès (veille, repas copieux, concommation d'alcool, de vin pur, de bière);

2e Leur faire remarquer qu'ils ne doivent se considérer comme vaccinés que s'ils ont reçu la totalité des injections immunisantes, c'est-à-dire quatre, et à partir du quinzième ou vingtième jour qui suit la dernière;

3° Les prévenir des phénomènes réactionnels légers, qui peuvent se produire après l'injection : au bout de trois heures environ, réaction locale, consistant en engourdissement, douleur légère, surtout réveillée par les mouvements de grande amplitude du bras correspondant;

4° Leur prescrire, en cas de céphalée ou de légère élévation thermique, d'absorber un gramme d'antipyrine ou d'aspirine, associé à une quantité suffisante de bicarbonate de soude.

L'heure la plus favorable pour pratiquer les premières injections est comprise entre quatre et six heures de l'après-midi. De cette façon, les réactions, minimes d'ailleurs, se passent pendant le sommeil du sujet vacciné. C'est là un réel avantage, surtout quand on a affaire à des nerveux.

Les militaires sont exemptés de service pendant un jour à l'occasion des trois premières injections.

Lorsqu'un individu en cours d'immunisation vient à contracter une affection intercurrente, même légère, il vaut mieux suspendre la vaccination. Elle ne devra être reprise qu'après une ou plusieurs semaines (suivant la gravité de l'affection), après disparition entière des symptômes morbides et de l'affaiblissement qui peut en résulter.

L'incubation de la fièvre typhoïde étant de quinze à vingt jours et parfois davantage, il peut arriver, en temps d'épidémie ou dans les milieux où existent des cas de cette affection, que les inoculations de typho-vaccin polyvalent soient faites chez des personnes, qui ont déjà été contagionnées et sont en incubation de la maladie au moment où les inoculations sont pratiquées.

D'autres fois, l'infection typhoïdique peut se produire au cours même des inoculations et alors que le sujet n'est évidemment pas encore immunisé.

Dans ces cas, comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire, la vaccination ne présente aucun inconvénient. L'expérience a même montré que la fièvre typhoïde qui survient, a le plus souvent une évolution bénigne.

Le sang de tout vacciné agglutine, plus ou moins, le bacille typhique, pendant une période de six mois à un an. Toutefois, quel que soit le taux du pouvoir agglutinant, il ne donne, en aucune manière, la mesure de l'immunité du sujet vacciné.

Ce pouvoir agglutinant peut même être réveillé ou exagéré par une affection aiguë, quelle qu'en soit la nature, survenant chez les vaccinés. On ne saurait donc tenir aucun compte de l'épreuve de l'agglutination pour le diagnostic de l'affection dont ils peuvent être éventuellement atteints.

Seule l'hémoculture donne une indication précise.

Il serait prématuré de fixer la durée de l'immunité conférée par la vaccination. Les constatations faites jusqu'à ce jour permettent d'admettre qu'elle persiste, au minimum, pendant deux ans et demi. Ce n'est pas encore beaucoup, mais il y a lieu de remarquer que c'est dès maintenant un délai suffisant pour le séjour des jeunes soldats sous les drapeaux ou leur envoi aux colonies.

Il y a lieu du reste d'espérer qu'on pourra arriver, dans un avenir prochain, à augmenter cette période d'immunisation (1).

CARNET DU PRATICIEN

Colle de zinc contre le prurit

Sur les surfaces sèches, appliquer la pommade :

Gélatine	150 grammes
Grènétine	100 —
Gomme arabique	5 —
Glycérine	300 —
Eau bouillie	300 —
Oxyde de zinc	100 —
Phénosalyl	2 —

Faire fondre doucement la gélatine et la grènétine dans la quantité d'eau prescrite, au bain-marie; incorporer peu à peu la gomme et l'oxyde de zinc à la glycérine; ensuite mélanger la solution gélatineuse à la glycérine-oxyde de zinc; enfin ajouter le phénosalyl. Coulez dans un pot de porcelaine et conserver à l'abri de la chaleur.

Au moment de s'en servir, faire fondre lentement (une heure) et au bain-marie la colle précédente. Placer le malade déshabillé sur une alèze et, à l'aide d'un gros pinceau, le badigeonner complètement. Frictionner ensuite très légèrement avec de l'ouate; de nombreux brins d'ouate se prennent comme dans la glu et au bout de dix à quinze minutes, la colle forme sur la peau un enduit *sec* et *souple*.

L'enduit persiste, plusieurs jours (huit à dix); s'il se détache en un point donné, ou « fait une reprise ».

Continuer les applications tant que le prurit persiste. (THIBIERGE).

Convulsions infantiles (Traitement de la crise)

1° Débarrasser l'enfant de tout ce qui peut comprimer son cou ou gêner sa respiration; l'étendre) sur un matelas assez large; interposer entre ses mâchoires un bouchon pour éviter la morsure de la langue; enfin donner rapidement un lavement évacuateur.

2° Aussi vite que possible donner à l'enfant un bain tiède très prolongé;

3° Au sortir du bain, si l'état convulsif persiste, donner en un lavement à garder :

Bromure de potassium	0 gr. 25 à 1 gr.
Hydrate de chloral	0 gr. 10 à 0 gr. 50
Jaune d'œuf	n° 1
Eau de tilleul	60 grammes

Les doses les plus faibles pour un nourrisson, les plus fortes pour un enfant de trois à quatre ans;

Ou encore :

Assa fœtida	0 gr. 10 à 0 gr. 50
Hydrate de chloral	0 gr. 10 à 0 gr. 50
Huile d'amandes douces	XX gouttes
Jaune d'œuf	n° 1
Eau de tilleul	60 grammes

4° Si les convulsions ne se calment point, inhalations de chloroforme ou d'éther, à moins qu'il ne s'agisse de convulsions d'origine digestive.

5° Chez les enfants déjà grands, vers six ou sept ans, on pourra recourir aux émissions sanguines, ponction veineuse au pli du coude, ou application de sangsues aux apophyses mastoïdes ou à la région lombaire.

Enfin, si tous ces moyens échouent, pratiquer la ponction lombaire.

(1) Soc. de médecine de Nancy.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE

VARIÉTÉS

Les aliénés au Maroc

MM. Lwoff et Sérieux, qui furent chargés de mission au Maroc ont publié de curieux renseignements sur la condition des aliénés en ce pays.

Au Maroc, rapportent les deux auteurs, les aliénés qui sont ou paraissent inoffensifs, errent en liberté, mendient dans les marchés et dorment en plein air. Ils sont vêtus de haillons ; on en rencontre même, hommes et femmes, dans un état de nudité complète. Ceux qui ont des idées mystiques deviennent comme dans d'autres pays, l'objet de la vénération de la foule. Ce sont ces « saints » qui, vivant sur la voie publique, ont seuls attiré l'attention des voyageurs. C'est ainsi qu'ont pris naissance ces légendes répandues en Europe, que l'aliéné en pays musulman est toujours considéré comme saint. C'est si peu exact que nous avons pu observer un jour à Tanger sur le Socco (marché), en plein jour, un dément poursuivi sous les yeux de la foule par une bande de gamins qui le molestaient et lui jetaient des pierres.

Quand ces aliénés inoffensifs deviennent gênants ou dangereux, on oblige les familles à les séquestrer à domicile où ils sont le plus souvent attachés et maltraités. Il est arrivé que des malades de ce genre, mal surveillés par la famille et devenus gênants ou dangereux par leurs actes ou leurs cris, furent tués à coups de fusil par des voisins.

Les aliénés que leurs familles refusent de garder ou ceux qui sont dangereux sont placés dans les moristans, et surtout, dans les prisons.

Dans les moristans, sorte de dépôts de mendicité annexés à des mosquées on trouve entassés pêle-mêle des mendiants, des fiévreux, des contagieux, des aliénés. Aucun médecin ne visite ces établissements.

Pour des raisons d'économie, on réduit le nombre des assistés à un strict minimum. On pourrait évaluer à une centaine environ le nombre total des aliénés assistés dans les moristans du Maroc. Les autres malades dangereux sont placés dans les prisons, confondus avec les criminels de droit commun ; ceux qui les gardent savent quelquefois qu'ils ont affaire à des aliénés ; le plus souvent, ces malades restent méconnus.

Le moristan le plus célèbre du Maroc est celui de Fez fondé au xve siècle. Les malades qui y sont hospitalisés portent jour et nuit, au cou, un lourd collier en fer. Il est formé de deux bandes semi-circulaires réunies par une sorte de charnière grossière. Les bouts libres recourbés à angle droit sont percés de trous qui permettent de les réunir par un anneau au maillon terminal d'une lourde chaîne fixée par l'autre bout au mur. Elle est assez longue pour permettre au malade d'atteindre la porte de son cabanon. Ce n'est pas sans un étonnement pénible qu'en pénétrant dans ce moristan, on voit apparaître une quinzaine de malades à l'entrée de leurs cellules avec des colliers en fer au cou, tirant avec force et bruit sur les chaînes pour pouvoir s'approcher le plus possible des visiteurs inaccoutumés. Notons, en passant, que nous étions les premiers Européens à visiter ce moristan. Le Dr Weissgerber, l'explorateur bien connu et quelques fonctionnaires du Maghzen nous accompagnaient dans cette visite.

Au Maroc, on est condamné à la prison tout court ; le terme de la détention n'est pas indiqué. On y reste jusqu'à la mort si des parents ou amis puissants ne vous réclament pas.

C'est dans ce milieu que vivent les aliénés, entravés et enchaînés, confondus avec les criminels de droit commun. Le plus souvent on ne les considère même pas comme des malades.

Au cours d'une visite à la prison de Tanger, ville la plus civilisée du Maroc, il nous a été possible, en peu de temps, de découvrir une dizaine d'aliénés méconnus.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La petite insuffisance thyroïdienne et son traitement, par les Drs Léopold-Lévi et H. de Rothschild.

Le nouveau volume de MM. Léopold-Lévi et H. de Rothschild condense l'histoire complète de la *petite insuffisance thyroïdienne*, telle qu'ils l'ont peu à peu élucidée par huit années de recherches. C'est la première fois que cette histoire se trouve écrite dans son ensemble.

Or, les troubles du corps thyroïde, comme le prouvent le myxœdème et la maladie de Basedow, retentissent sur tout l'organisme. La petite insuffisance thyroïdienne fait, de même, intervenir, dans ses perturbations, *tous les systèmes, tous les organes*. Aussi n'est-ce pas seulement au *médecin*, en général, que s'adresse cet ouvrage, mais à tous les *spécialistes* (gynécologue, neurologue, dermatologue, ophtalmologue, dentiste, etc). Il sera surtout précieux pour le *praticien* qui, tous les jours, se trouve en prise avec les méfaits du corps thyroïde dans les manifestations multiples du neuro-arthritisme, dans les troubles d'arriération, etc. Les bons effets du *traitement*, sur lesquels se fonde, en partie, la doctrine de la petite insuffisance thyroïdienne, en feront un vade-mecum pour tous ceux qui cherchent une guérison, parfois inespérée, de leurs malades.

La Direction du Service de santé en campagne.

La nécessité, moins de deux ans après l'apparition de la *Direction du service de santé en campagne*, d'en publier une 2e édition, est un témoignage significatif de son utilité ; et, d'autre part, la haute récompense que vient de décerner l'Académie des sciences (prix Larrey, 1912) à l'auteur, le médecin inspecteur Troussaint, directeur du service de santé au ministère de la guerre, montre qu'à cette qualité majeure s'en ajoutent d'autres qui le recommandent à l'attention de tous ceux que touche l'avenir du service de santé.

Cette 2e édition, mise à jour avec le plus grand soin, est complétée par une annexe où sont réunis, très méthodiquement, en plusieurs chapitres, les renseignements relatifs au personnel et au matériel des multiples organes du service de santé, de façon que *tous* ceux qui auront la charge de les diriger y puissent trouver toute la documentation nécessaire.

Nous signalons les pages remarquables qui servent d'introduction à cet ouvrage, et qui, à l'époque où elles furent écrites, constituaient un véritable programme dont les indications sont en pleine voie de réalisation. La nécessité de se préparer activement aux graves devoirs que la guerre imposera, surtout, aux directeurs et aux chefs de service ; l'obligation d'une collaboration étroite et permanente avec l'état-major et dans laquelle le service de santé ne doit voir qu'un gage certain de développement progressif ; l'exposé de l'œuvre complexe de prévision, de préparation et d'exécution, propre au service de santé militaire, ces diverses questions sont traitées dans la préface avec une ampleur et une sincérité singulièrement favorables à la vulgarisation des idées et des conceptions qu'elle préconise.

Et nous conseillons encore, en y insistant la lecture attentive des divers chapitres de la IIe partie, où sont détaillés les attributions et les devoirs des directeurs et chefs de service dans les principales situations de guerre, depuis la mobilisation jusqu'après la bataille.

Par l'effort qui a été tenté pour en accroître le caractère pratique, cette nouvelle édition mérite d'être aussi bien accueillie que son aînée. Et, sans doute, nos camarades ne manqueront-ils pas de justifier cette opinion. Ils trouveront cette 2e édition chez l'éditeur Charles-Lavauzelle, au prix de 5 francs. Les commandes accompagnées d'un mandat sont expédiées franco.

ÉCHOS

La protection de la grossesse.

Une question curieuse relativement à l'application de la loi du 27 novembre 1909 sur le travail des femmes vient d'être posée devant le tribunal de 1re instance à Paris.

On sait que la loi du 27 novembre 1909 dispose notamment que la suspension du travail par la femme pendant huit semaines consécutives, dans la période qui précède et suit l'accouchement, ne peut être articulée par l'employeur comme cause de rupture de contrat.

Dans l'espèce, une dame G., qui travaillait pour le compte d'un fabricant de jouets de la rue des Trois-Bornes, se voyait contrainte, dans les premiers jours d'avril dernier, d'abandonner son travail à cause des malaises concomitants à son état de grossesse. Or, comme quelques jours après elle revenait à l'atelier, elle trouva sa place occupée par une remplaçante.

Mme G. se fondant alors sur ce que son accouchement, qui survint peu après, avait eu lieu dans le mois de son congédiement, invoquait la loi de 1909 pour réclamer à son ancien patron une somme de 200 francs de dommages-intérêts.

Le tribunal a décidé que ce refus du patron de reprendre son ouvrière devait être considéré comme une véritable rupture de contrat, et il a condamné celui-ci à payer 100 francs de dommages-intérêts.

École d'application des services de santé des troupes coloniales.

La date d'ouverture du concours annuel prévu par l'instruction du 15 juin 1909 (B. O. p. r. page 1077) pour la nomination aux emplois de professeurs adjoints à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales est reportée du 8 septembre au 20 octobre 1913.

Les demandes formulées par les candidats en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours devront parvenir au ministère de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) avant le 1er octobre prochain, revêtues de l'avis motivé de leurs chefs hiérarchiques.

Les candidats devront être présents en France et n'avoir pas reçu de destination coloniale au 10 octobre 1913. Il est rappelé qu'aucun sursis de départ aucune dispense de service colonial, ni aucune autorisation de rentrer en France ne seront accordés en vue de subir les épreuves de ce concours, à la suite duquel un professeur adjoint sera nommé pour chacune des chaires de clinique interne » et « chimie et toxicologie ».

Un vœu des jurés de la Seine sur les asiles médico-légaux.

Les jurés de la dernière session des assises de la Seine ont, avant de se séparer, émis le vœu, qui sera transmis à la Chancellerie, que « le Parlement étudie la question de l'internement dans des asiles spéciaux des coupables déclarés irresponsables par des médecins légistes et acquittés pour cela par le jury ».

Un impôt bien vu.

Quoique paradoxal que cela puisse paraître, cet impôt existe. Caillaux, qui l'eût cru ?

Rassurez-vous, il ne s'agit pas de l'impôt sur le revenu.

Pour subvenir aux besoins de l'éducation des jeunes aveugles, le gouvernement danois a trouvé cette charmante et poétique solution :

Lorsque des parents se présentent aux bureaux de l'état-civil pour déclarer la naissance d'un enfant, on leur offre une petite pièce de monnaie qu'ils paient un peu plus de sa valeur, suivant leurs ressources et leur générosité.

La piécette porte, finement gravée, cette inscription : « L'enfant qui voit la lumière pour la première fois à l'enfant qui jamais ne la verra ».

Tabacs et cigares.

D'après les chiffres publiés par l'administration, la vente des tabacs, au cours de la dernière année, a été particulièrement florissante. Voici les principaux chiffres :

En 1911, il avait été vendu 41.732.737 kilos de tabacs, cigares ou cigarettes, d'une valeur globale de 503.385.176 francs ; pour l'année 1912, le bilan provisoire se chiffre par une vente de 43.109.846 kilos de produits divers, qui ont rapporté au trésor la somme de 528.866.051 francs. C'est donc pour 1912, un excédent sur les chiffres de 1911 de 1 million 377.109 kilos, et de 25.480.875 francs.

Les plus importantes augmentations ont été produites par la vente des scaferlatis (12.023.830 fr.) et des cigarettes de prix moyen (6.116.685 fr.). Les tabacs de luxe ont donné 3.802.906 fr. et les cigares de vente courante, 2.230.220 francs. La circulaire remettant aux anciens prix le scaferlati supérieur et les cigarettes fabriquées avec ce tabac a rétabli l'équilibre dans la consommation qui, on le sait, s'était portée, à la suite de l'augmentation de prix, sur les tabacs ordinaires. On signale aussi, parmi les causes de la prospérité de la vente des cigares, la création de nouvelles sortes accueillies favorablement, comme les « picaduros ».

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 27 Août 1913

ÉCHOS

Les liqueurs alcooliques

On vient de distribuer, à la Chambre, le texte suivant d'une proposition de loi présentée par Me Henri Schmidt, tendant à réglementer les liqueurs alcooliques à essences et les apéritifs :

Article premier. — Les liqueurs alcooliques, aromatisées avec des essences, ne devront pas contenir par litre, une quantité totale d'essences supérieure, en centigrammes, au double du degré alcoolique.

Art 2. — Le degré alcoolique de ces liqueurs ne pourra dépasser 15 degrés.

Art 3. — Tous les apéritifs, autres que ceux à base de vin, seront soumis à une surtaxe de 220 fr. par hecto d'alcool pur, plus le droit général de consommation.

Ce projet a été renvoyé à la commission de législation fiscale.

Convocation prochaine de nombreux médecins de réserve

On sait combien les médecins militaires de l'armée vont être pris par les opérations des conseils de révision en vue de l'incorporation de la classe 1913.

Le ministre de la guerre a en conséquence décidé de réduire les exercices spéciaux du service de santé aux prochaines manœuvres d'automne et en outre de suppléer, pendant les mois de septembre, octobre et novembre, les médecins de l'active distraits de leurs corps ou services par des médecins des réserves.

Les officiers supérieurs du corps de santé retraités depuis moins de cinq ans, donc *à la disposition du ministre*, seront convoqués dans les hôpitaux militaires pour y faire une période. Les autres officiers du cadre auxiliaire du service de santé appartenant à la réserve ou à l'armée territoriale seront de préférence appelés dans les corps de troupe, suivant les besoins et principalement à l'époque des manœuvres.

Collège royal des chirurgiens de Londres.

A l'occasion du Congrès international de médecine qui vient d'avoir lieu, le Collège royal des chirurgiens de Londres a procédé à une promotion exceptionnelle de membres associés étrangers, parmi lesquels trois de nos compatriotes ont été nommés : M. le professeur Hartmann, M. le docteur Tuffier (de Paris) et M. le professeur Montprofit (d'Angers), membre du Comité de rédaction de la *Gazette médicale de Paris*, à qui nous adressons nos vives félicitations

La Syphilis à Madagascar

A Madagascar, rapporte notre confrère le Dr Ramamonjisoa dans son ouvrage, « Les maladies les plus répandue à Madagascar », la syphilis jouit du triste privilège d'être la maladie vénérienne la plus répandue. Dans certaines régions, la plus grande partie de la population est contaminée. Elle y existe sous toutes ses formes héréditaires et acquises.

Acquise, la contamination se fait tôt, car le Malgache, le Hova surtout est trop indifférent à l'affection syphilitique. D'ailleurs celle-ci était, et malheureusement est encore considérée par beaucoup comme une maladie obligatoire. Il y a même des parents, soucieux de l'avenir de leurs enfants, qui les soumettent à l'atteinte du fléau en leur recommandant de coucher avec des personnes portant des plaques muqueuses ou des syphilides cutanées qu'ils appellent syphilis véritable ou Tety (promenade partout) pour dire que la syphilis peut se trouver sur n'importe quelle partie du corps. Ils appellent Kibay le chancre et le plus souvent le Malgache ne trouve aucune relation entre le chancre infectant, les plaques muqueuses et le tertiarisme. Il appelle ce dernier farasisa « qui en reste encore », pour désigner qu'il est comme résultat de la syphilis. Pour les Malgaches, la syphilis consiste en plaques muqueuses, maladie qu'ils savent fort bien contagieuse et amener consécutivement tout une série d'accidents.

La syphilis est désignée par des termes différents suivant les régions de Madagascar :

Tety chez les Hovas, Midé chez les Betsileos, Tembontay chez les Tanalus, Kesa chez les Tsimihety et certains Sakalaves. Tous ne connaissent que la deuxième période.

En dehors des indigènes aisés ou de ceux qui vivent depuis longtemps dans le voisinage des Européens et se sont civilisés à leur contact, la majorité des Malgaches vit dans une promiscuité qui favorise singulièrement la propagation de la syphilis. Il est avéré que le fait d'utiliser les mêmes couches, les mêmes ustensiles de cuisine sans aucune précaution hygiénique, est un facteur important d'infection. Dans ces conditions la syphilis est tellement répandue qu'elle apparaît aux populations comme une maladie inévitable, naturelle. Il est même fréquent de rencontrer des personnes qui se félicitent d'en avoir été atteintes, mais leur satisfaction n'est entière que si antérieurement elles ont été frappées par la variole. Elles se flattent alors d'avoir échappé à toutes les maladies » *ou vitan ny arelina* (immunisés contre les grandes maladies).

C'est ainsi que bien des parents souhaitent que leurs enfants en soient atteints le plus tôt possible, de cette façon ils pourraient les soigner, tandis que plus tard, après leur mort, les obligations de l'existence pourraient rendre ces soins très difficiles.

C'est à cette sagesse à rebours que l'on doit de voir certains parents favoriser la contamination de leur progéniture ainsi que je l'indiquais précédemment.

Le Malgache ne connaît de la syphilis que la période secondaire : des plaques muqueuses aux commissures labiales, une chute rapide des cheveux et des sourcils, qui rendent la face complètement glabre, l'apparition de taches jambonnées sur le visage et, plus tard avec l'anémie syphilitique, une pâleur assez prononcée du teint sont autant d'indices qu'il sait connaître.

L'atteinte de la syphilis n'entraîne aucun opprobre. Il y a cependant des Malgaches qui en redoutent les conséquences et s'efforcent de l'éviter. Dans ce but, ils s'adressent à des sorciers qui prétendent connaître des remèdes capables d'immuniser contre la syphilis, et de permettre à un homme sain de vivre impunément avec une épouse syphilitique, « Famato protection ».

Les moyens qu'ils indiquent varient. En voici un exemple :

Prendre une poule noire-noire afin que la maladie ne trouve pas le chemin vers une autre personne, la tuer, prendre le gésier, ce qui se dit en malgache « haranana » d'où le « verbe manarana », agir avec indulgence. De cet organe prendre la partie fibreuse qui sert de cloison entre les parenchymes, la réduire en poudre, la mélanger avec un peu d'eau. Les personnes qui veulent être immunisées contre la syphilis doivent avaler cette préparation.

Non seulement les Malgaches regardent la syphilis avec trop d'indifférence, mais ils considèrent leurs proches comme malheureux s'ils cherchent à les éviter. Cependant dans quelques tribus : certains Betsileos, Tanalas, Tsimihety, Sakalaves, Bezanozanos, quand un cas d'infection syphilitique est connu, la personne atteinte vit isolée jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'apparence suspecte. Dans certaines tribus même on préfère vivre avec un lépreux qu'avec un syphilitique (à la deuxième période), la lèpre étant plutôt considérée comme une maladie du destin que comme une affection contagieuse.

En résumé : Chez le Hovas la syphilis est une maladie très répandue. Il est très difficile de trouver un ménage dont les membres eux-mêmes ou leurs ascendants jusqu'à la deuxième génération n'ont pas eu de syphilis. Ils considèrent la maladie comme naturelle, inévitable et quand on leur demande s'ils l'ont eue, ils répondent flegmatiquement : « Tsy mbolana » pas encore, quand ils veulent dire : « Non »

L'impôt sur les célibataires

On parle beaucoup d'imposer les célibataires. Mais ce n'est pas d'aujourd'hui que ce projet existe.

La loi Papia Poppœa, promulguée par l'empereur Auguste, regardait le mariage comme une obligation envers l'Etat. Même le veuvage ne devait pas s'éterniser.

Tout individu non marié à vingt-cinq ans était frappé de certaines incapacités légales.

En France, une proposition de loi a naguère demandé pour tout Français le mariage ou le service militaire ; tout citoyen non marié resterait sous les drapeaux jusqu'à trente-cinq et même quarante ans. D'autres législateurs allèrent encore plus loin ; l'un d'eux proposa le mariage de tout Français à vingt-cinq ans ; en cas de refus, l'obligation de nourrir deux personnes au moyen d'une taxe proportionnelle à ses ressources.

Ceux qui, il y a bien une quarantaine d'années, fréquentaient les Ambassadeurs et l'Alcazar de ce temps-là, se souviennent encore de la tonitruante Elise Faure, qui lançait ce couplet :

En guerre !
De la révolte levons le drapeau.
Nous voulons un impôt (*bis*)
Sur les célibataires.

Et c'était l'expression d'une préoccupation qui hantait déjà quelques législateurs.

Rien de nouveau...

Chiromancie et Pathologie

Au dernier Congrès de psychologie, M. de Kerlan est venu exposer les rapports étroits qu'il a découverts entre les maladies et les lignes de la main. D'autre part, le docteur Allendry a affirmé qu'au moment de notre naissance, les astres influent sur toute notre existence, en ce qui doit concerner notre future santé. Comme il y a au moins trois millions d'astres connus, il y a là de quoi donner une certaine tablature à l'entourage du nouveau-né. Décidément le progrès n'est qu'un mot et nous piétinons sur place. Chiromancie et astrologie : nous nous croirions revenus au moyen-âge.

Commodités...

D'une ordonnance rendue par Charles V, dit le Sage, résulte ce qui suit :

« Quiconque de jour et de nuit, serait saisi brusquement d'une nécessité impérieuse, peut requérir, aidé du guet, afin d'avoir commodités... »

« Commodités » est ici le mot propre... Continuons :

« Peut requérir tout marchand qui devra lui prêter assistance et ne saurait s'y refuser sous peine d'un écu d'amende au moins. »

Or, l'ordonnance de Charles V n'a jamais été rapportée. Elle reste donc en vigueur et valable en justice selon les besoins, — c'est le cas de le dire.

Il en résulte, si vous êtes marchand, que votre voisin privé de water-closet a le droit strict, « de jour et de nuit », d'entrer chez vous, de s'y satisfaire tranquillement, et si vous récalcitrez, d'appeler un agent de la force publique...

Il en avait de bonnes, ce Charles V, dit le Sage...

Anthropophagie rituelle

Les *Daily News* signalent d'après un livre blanc du Colonial Office sur la Sierra Leone qu'il existe dans cette colonie une société secrète dénommée « Société du Léopard humain », dont les membres s'adonnent aux sacrifices humains et au cannibalisme.

C'est l'année dernière seulement que le gouvernement de la colonie a pu se rendre compte de l'importance de cette société, qui a commis une trentaine de meurtres en quelques années. De nombreuses arrestations ont été opérées, mais aucune preuve n'a pu être établie, les indigènes redoutant une vengeance et ayant confiance, d'autre part, dans les médecines préparées par cette société, médecines qui exigent d'être renouvelées au moyen de sang humain.

SUR LA NUTRITION PAR LA CHALEUR

Diathermie et Bain de Lumière

Par M. MIRAMOND DE LAROQUETTE

Médecin-major de 1re classe à Alger,
chef du service de Physiothérapie de l'hôpital du Bey

Comme suite à de récentes communications de M. le professeur Bergonié (1) sur la chaleur utilisée comme aliment d'appoint, je dois rappeler que j'ai posé, le premier je crois, dans les termes suivants, (2) le principe thermothérapique de la nutrition par la chaleur :

« Les animaux accoutumés à puiser dans la matière (aliments), par un travail constant de désagrégation, la plus grande part de l'énergie qui leur est nécessaire, ont normalement beaucoup moins que les plantes besoin d'énergie rayonnante ; relativement à la plante, leur surface et leur pouvoir d'absorption sont d'ailleurs extrêmement réduits; mais on conçoit combien il doit leur être favorable dans certains cas pathologiques et particulièrement quand la nutrition générale est intéressée, de puiser directement dans le rayonnement solaire, sans aucun travail physiologique, une importante part de l'énergie nécessaire à l'entretien des phénomènes vitaux et à la lutte contre les agents pathogènes. *Le bain de chaleur et de lumière* apparaît ainsi pour eux comme un allègement de l'effort vital et comme *un régime nouveau apportant toute prête et directement assimilable l'énergie*, aliment qu'ils doivent habituellement attendre d'une élaboration longue, fatigante et à laquelle ils peuvent être momentanément hors d'état de faire face. Et, à ce point de vue, il semble que nulle forme connue de l'énergie ne soit mieux ni plus directement assimilable par les êtres vivants que le rayonnement des foyers lumineux et particulièrement du soleil auquel ils sont ataviquement adaptés. »

Dans le mémoire que je viens de rappeler, il s'agissait de bain de chaleur et de lumière, de chaleur rayonnante et non de diathermie, mais l'idée et le principe sont évidemment identiques et les expériences si convaincantes de M. Bergonié sur la chaleur des courants de haute fréquence viennent admirablement appuyer les données de mes observations et expériences personnelles sur la chaleur lumineuse.

Ainsi se trouve aujourd'hui bien confirmé ce principe nouveau de thermothérapie, à savoir que la chaleur sous forme de rayonnement ou de courant de haute fréquence et sans doute sous d'autres formes encore, peut fournir directement à l'organisme humain un important appoint de sa ration énergétique.

De nombreux faits d'observation courante devaient d'ailleurs orienter l'esprit dans cet ordre d'idées :

L'alimentation souvent étonnamment réduite des peuples méridionaux et surtout des Arabes et des nègres vivant à demi nus sous le soleil avait aussi sur ce point la valeur d'une expérience chaque jour renouvelée.

Le même fait se trouve également mis en évidence par les quantités d'aliments journellement absorbées par des animaux de laboratoire alternativement soumis et soustraits au rayonnement solaire et par les variations parallèlement mesurées du poids de ces animaux.

(1) La diathermie, ration d'appoint. Ac. des sc. 2 décembre 1912 et Soc. française d'électrothérapie 19 décembre 1912.

(2) Action des bains de lumiere. Rapport au Congrès de l'As. française pour l'av. des sciences. Août 1912.

Les variations du dynamisme des individus, des hommes comme des animaux et des plantes, suivant qu'ils sont ou non exposés au soleil, ne sont pas moins démonstratives, se traduisant sous le soleil par une exagération de la plupart des phénomènes vitaux, particulièrement de la croissance et des fonctions de reproduction.

Les effets du chauffage local et général dans les cas d'hypothermie, d'asthénie, d'atonie générale, après les grands traumatismes accidentels ou chirurgicaux et dans les affections chroniques (goutte, rhumatisme, obésité, tuberculose) dans lesquelles la nutrition est défectueuse ou insuffisante, sont encore une démonstration du principe qui nous occupe.

En ce qui concerne l'*obésité*, les effets obtenus dans cette affection par les traitements thermiques et notamment par le bain de lumière ne sont pas absolument en contradiction avec le principe de la nutrition par la chaleur. La question est, en effet, complexe et il faut d'abord retenir que la chaleur sous forme de bain de lumière ou de diathermie n'agit pas seulement qu'en tant que ration complémentaire d'énergie : l'excitation cellulaire, l'exagération des sécrétions et de la circulation provoquées par la chaleur interviennent ici chacune à leur manière ; mais l'absorption directe d'une quantité d'énergie doit aussi avoir chez les obèses une action utile : les obèses sont des ralentis de la nutrition et proportionnellement à leur masse des *insuffisants dynamiques* dont le rendement est inférieur à la normale ; leurs tissus présentent une surcharge d'eau et de graisse qu'ils ne parviennent pas à transformer en énergie, le dernier terme de l'élaboration nutritive étant chez eux incomplet.

Le chauffage intensif a d'abord chez eux pour effet d'amener par la sudation, par l'évaporation une importante déshydratation, une notable réduction de la masse (1), réduction qui doit rester acquise avec un régime approprié. Il va de soi, en effet, que pour être efficace, le traitement thermothérapique des obèses doit, comme le traitement mécanothérapique, s'accompagner d'une certaine diminution du régime alimentaire ou tout au moins d'une non augmentation de ce régime (liquides et solides). Cette réduction des aliments est d'ailleurs facilitée par l'absorption d'une certaine quantité d'énergie en nature. Mais, à mon sens, l'action réductrice incontestable du bain de chaleur et de lumière dans l'obésité doit plus encore s'expliquer par le réveil de la vitalité des tissus sous l'excitation du rayonnement et, à ce point de vue même, le chauffage lumineux n'est pas sans analogie avec la faradisation dont l'effet est aussi d'exciter les tissus, d'accélérer la circulation, de réveiller la tonicité nerveuse et secondairement de faire brûler les graisses dans le creuset des muscles.

Pour ce qui est de la *pénétration* comparée dans les tissus de l'énergie calorifique du courant de haute fréquence et de l'énergie du rayonnement lumineux, il est difficile de préciser le degré qui revient à chacune de ces deux modalités. La diathermie est certainement un excellent moyen de faire pénétrer de la chaleur dans les tissus ; mais

(1) Le chauffage produit d'ailleurs par simple dessication sur les matières organiques inertes une réduction analogue et même plus élevée : un cube de 500 grammes de viande exposé 60' dans une étuve sèche de 70° perd par dessication 40 grammes, soit 9 0/0. Une pomme de terre de 200 grammes perd dans les mêmes conditions 10 grammes soit 5 0/0. Une orange de 120 grammes perd 4 gr. 4 soit 3, 7 0/0. Exposé 60' dans un bain de lumière à 70°, un homme de 60 kilos perd en moyenne par séance 800 à 1.000 grammes d'eau soit moins de 2 0/0; mais l'homme est protégé contre la dessication à la fois par le tégument, par sa surface relativement faible, par la sudation et la circulation qui maintiennent l'équilibre thermique du corps.

la chaleur rayonnante lumineuse aussi va, comme je l'ai démontré, profondément dans l'épaisseur des muscles et des organes.

Il est vrai que la plus grande partie du rayonnement est absorbée par les plans superficiels, mais il en est de même de l'énergie calorifique du courant de haute fréquence : il est aisé de voir notamment dans l'électrocoagulation chirurgicale que l'action thermique se produit surtout au voisinage des électrodes, c'est-à-dire dans les régions superficielles. Les expériences thermométriques faites avec de hautes intensités de diathermie sur des cubes de viande montrent que la température de la profondeur de la masse s'est à peine élevée de quelques dixièmes alors que les plans superficiels sont complètement cuits.

Enfin, qu'il s'agisse de chaleur rayonnante lumineuse ou de chaleur de haute fréquence, l'une et l'autre se transforment nécessairement dans les tissus en chaleur moléculaire absorbée, véhiculée et généralisée par le torrent sanguin ainsi que le démontre dans l'un et l'autre cas l'élévation notable de la température centrale.

Au total, il apparaît de plus en plus, et comme je l'ai dit au 4e Congrès français de Physiothérapie, que la diathermie médicale et le bain de chaleur lumineuse sont deux moyens thermothérapiques de principe tout à fait voisin et dont les indications et les effets sont à peu de chose près identiques.

En outre de leurs actions sur la circulation et les sécrétions, tous deux *permettent de fournir à l'organisme une ration d'énergie directement assimilable* dont l'apport est particulièrement utile dans les cas pathologiques où le dynamisme local ou général est insuffisant et dans tous ceux où l'un des différents actes de la digestion et de la nutrition se trouve momentanément compromis.

La Chirurgie, l'Émétine et l'Ipéca

Dans le traitement des abcès du foie

Par M. le Dr COUTEAUD

Médecin général de la Marine

Il semble que les abcès du foie soient arrivés à un tournant de leur histoire ; des observations se multiplient, tendant à montrer la supériorité du traitement médical dans les abcès amibiens les plus nombreux, et à reléguer au second plan la thérapeutique chirurgicale qui, seule, leur avait été opposée jusqu'ici. Je crains que cette conception ne soit trop absolue ; il y aura je pense, des distinctions à faire.

Sur 100 abcès du foie traités chirurgicalement par la méthode ordinaire de la large ouverture, combien y-a-t-il de guérisons ? Nous sommes loin de la sombre statistique de Rouis qui, de 80 p. 100 de mortalité en 1860, a passé à 34 p. 100 au Congrès égyptien de 1905. La statistique globale de la marine, en dix ans, d'après les chiffres officiels allant de 1899 à 1908, enregistre 355 cas d'abcès du foie, ayant donné 36 p. 100 de mortalité hors de France, et 34 p. 100 dans les hôpitaux de nos ports de guerre, soit en moyenne 1 décès sur 3 cas, ce qui est encore beaucoup. J'estime que cette affection guérit moins bien sous les tropiques qu'en France, moins bien dans le midi de la France que dans le nord. J'ai vu à Cherbourg, en 1911-1912, une série de 20 cas d'abcès dysentériques donner, entre les mains habiles de M. le médecin principal Pervès et de M. le médecin de première classe Oudard, une admirable proportion de 17 guérisons contre 3 morts, soit 15

p. 100 seulement de mortalité (1). Tous ces malades ont été soignés sous mes yeux.

Il est évident que le pourcentage des guérisons dépend du coefficient personnel du chirurgien. Néanmoins, j'ai l'impression qu'aujourd'hui, la chirurgie a donné tout ce qu'elle pouvait dans le traitement des abcès du foie. Livrée à ses propres forces, elle ne pourrait faire mieux.

La clinique des abcès dysentériques, a dit justement M. Chauffard (2), est une clinique à surprises. Que de fois ai-je vu de fausses guérisons suivies de récidives ultérieures, des migrations de pus en divers organes, de longues suppurations, alors que le début faisait présager une rapide évolution! Nombre de ces péripéties s'expliquent aujourd'hui, avec la notion de l'amibiase. J'ai assisté souvent aux irrégularités et aux caprices de ce processus fantasque qui exige plus de maîtrise, peut être, de la part de celui qui panse que de celui qui opère. Il arrive que des bourgeons parenchymateux surgissent follement des parois de l'abcès, se rejoignent, se soudent et forment ainsi des cloisons qui divisent la collection en plusieurs compartiments. Cet effort de cicatrisation anarchique va à l'encontre du but du chirurgien qui discerne mal ce qui se passe au fond de la cavité et peut se laisser abuser par les apparences satisfaisantes de la plaie opératoire, alors que subsistent dans le parenchyme hépatique des îlots distincts infestés d'amibes; ainsi se creuse insidieusement un abcès profond qui évolue en silence pendant que les parties superficielles se cicatrisent. Ces noyaux de futures récidives sont un des inconvénients du traitement exclusivement chirurgical de l'hépatite suppurée.

Nous assistons, actuellement, au triomphe de l'émétine administrée selon la méthode de Vedder-Rogers. Profitons-en pendant qu'elle guérit, mais défions-nous d'un excès d'engouement. N'oublions pas que, si excellente soit-elle, elle n'a abaissé le taux de la mortalité des abcès du foie que de 30 p. 100 de ce qu'il était avant, de l'aveu de Rogers (3). Je connais quelques échecs à son compte. L'émétine s'est montrée impuissante dans un cas rapporté dernièrement à la Société médicale des Hôpitaux par M. Chauffard. Enfin, son infaillibilité vient d'être attaquée par un spécialiste de parasitologie; M. Marchoux (4). D'après lui, elle laisserait les gens qu'elle guérit « porteurs de germes » et sous la menace ultérieure de protozoaires à l'état végétatif. L'émétine perdrait toute vertu en cas d'abcès dysentérique bacillaire et, par ailleurs, la chirurgie reprendrait ses droits en cas d'abcès d'origine traumatique. Peut-on admettre, enfin, que ce médicament fasse disparaître de lui-même une volumineuse collection purulente? Je ne crois pas qu'on puisse dire que la chirurgie doit abdiquer devant l'émétine, pas plus que cette drogue devant le bistouri. Ni l'une ni l'autre méthode ne se suffit à elle-même et j'estime que les deux thérapeutiques, chirurgicale et médicale, doivent faire alliance et se prêter un mutuel appui. Le bistouri ouvrira la porte au pus, et l'émétine assurera la régularité de la cicatrisation en s'attaquant à la cause même du mal.

Cette année, l'hôpital de Cherbourg n'a eu que deux cas d'abcès amibien du foie à soigner. Le premier, faute d'émétine, a été traité par l'ipéca, je dirai plus loin pourquoi et comment. Le dernier a été soumis à des injections sous-cutanées d'émétine, combinées à des ponctions évacuatrices. Ils ont guéri tous les deux.

Voici l'observation de ce deuxième cas, qui a été soigné par M. le médecin principal Bonnefoy,

Obs. I (recueillie par M. Bonnefoy). — E. (Louis), vingt-quatre ans, soldat d'infanterie coloniale. Deux séjours au Maroc en 1911 et 1912. Rapatrié pour dysenterie. Depuis lors, poussées vives à la région épigastrique. Envoyé à l'hôpital le 3 mai pour congestion du foie. Evacué le 15 sur le service des blessés : voussure et douleur persistante au lobe gauche du foie; pas de fièvre, selles moulées ne contenant pas d'amibes.

16 *mai*. A l'épigastre, tuméfaction dure et mate, un peu à droite de la ligne médiane. A la percussion, pas d'augmentation du volume du foie, sauf au niveau du lobe gauche, siège de la voussure.

La douleur et la tuméfaction augmentent les jours suivants. Apyrexie (36°2 à 36°6).

20 *mai*. — Le malade a perdu 3 kilogrammes en quinze jours, malgré une alimentation normale. Le soir à 8 heures, 37°5.

22 *mai*. — La formule leucocytaire est :

Polynucléaires	72 p. 100
Mononucléaires	19 —
Éosinophiles	9 —

23 *mai*. — Une ponction aspiratrice au centre de la voussure ramène 150 cent. cubes de pus consistant, couleur chocolat.

Examen microscopique. — Pas de microbes, nombreuses amibes mortes.

Ensemencement en divers milieux. — Pas de cultures microbiennes.

On commence les injections sous-cutanées d'émétine, 4 centigrammes, en deux fois.

27 *mai*. — La douleur et la voussure épigastrique n'ont pas reparu. Le malade a gagné 1 kilogramme en sept jours. Il marche bien et se promène.

20 *mai*. — Formule leucocytaire :

Polynucléaires	61 p. 100
Mononucléaires	28 —
Éosinophiles	11 —

30 *mai*. — L'émétine, portée à 6 centigrammes depuis deux jours, est bien tolérée.

Par une nouvelle ponction aspiratrice, on extrait 20 cent. cubes d'un liquide épais, rouge brun, d'aspect hématique.

Examen microscopique. — Liquide très hématique, contenant des cadavres d'amibes plus ou moins déformés. Pas d'amibes vivantes, pas de formes microbiennes.

Devant la persistance de l'éosinophilie, examen microscopique des selles; elles ne contiennent pas d'œufs de parasites.

31 *mai*. — Etat général excellent. Depuis la première intervention, la température n'a pas dépassé 36° 6.

1er *Juin*. — On supprime l'émétine.

4 *juin*. — Formule leucocytaire; polynucléaires, 62 p. 100; mononucléaires, 29 p. 100; éosinophiles, 9 p. 100.

6 *juin*. — M. Bonnefoy fait une troisième ponction négative au point de vue du pus et amibes. Etat général parfait. Guérison.

Comme on le voit, il s'agit d'une de ces guérisons rapides, dont les exemples s'accumulent, et qui font bien augurer de l'avenir de l'hépatite suppurée. Mais il s'agissait d'un petit abcès.

Le cas suivant était plus compliqué. Il s'agissait d'un colonial atteint d'amibiase intestinale et hépatique depuis neuf mois. Son abcès récidivait pour la troisième fois; le poids était tombé de 66 à 46 kilogrammes, la cachexie était grande.

Désireux de faire bénéficier le malade du traitement de Rogers, qui commençait à peine à être connu, j'eus des difficultés. Je fis chercher en vain de l'émétine dans toutes les pharmacies de Cherbourg. A Paris même, il fut impossible d'en trouver; il eût fallu écrire à Londres! Comme le temps pressait et que l'état du blessé s'aggravait, j'eus l'idée d'opérer l'abcès et de le panser avec une infusion d'ipéca à la brésilienne, ce qui amena la guérison, moins vite peut-être que par l'émétine, mais plus vite que par le simple traitement chirurgical.

Obs. II. (recueillie par M. Vallot). — *Amibiase de neuf mois, Double abcès du foie, deux récidives. Guérison après opération et lavages à l'infusion de racine d'ipéca.*

Le caporal-fourrier C... (Louis) est entré à l'hôpital de Cherbourg, le 18 février 1913, avec la mention « Dyspepsie et anémie palustre; a été opéré d'abcès du foie en juillet 1912 ».

Ce militaire, qui termine un congé de convalescence de trois mois, a été rapatrié du Tonkin le 2 octobre 1912, pour cause d'hépatite suppurée. Il a été opéré deux fois à l'hôpital de Hanoï: une première fois le 24 juillet 1912, une seconde fois le 14 août 1912. L'hépatite suppurée serait consécutive à une dysenterie qui n'aurait débuté que peu de temps avant le premier abcès. Poids à l'entrée : 47 kil. 200, amaigrissement considérable, malaise constant, grande faiblesse, pâleur des téguments et des muqueuses, langue dépouillée, le foie volumineux déborde les fausses côtes; douleur à l'épaule droite; toux fréquente, dyspnée et expectoration de crachats muco-purulents; l'auscultation révèle, à la périphérie du foie, des râles fins. Les selles sont blanchâtres. La température est d'environ 38 degrés le matin, et de 38°5 à 39 degrés dans la journée et la nuit. Oligurie marquée.

Le 20 février, l'analyse des urines donne :

Urée	31 gr. par litre.
Chlorures	6,43
Albumine	Traces.
Indican	Néant.
Pigments biliaires	Néant.
Urobiline	Présence.

Ce même jour, 20 février, la formule leucocytaire est :

Polynucléaires	84 p. 100
Mononucléaires	16 —

Pas d'hématozoaires.

Malgré sa répugnance à subir une troisième opération, C... se laisse finalement convaincre de cette nécessité, d'autant plus que la toux l'empêche de dormir.

Le 22 février, dans la matinée, après anesthésie à la cocaïne, une première ponction est faite sous le mamelon droit : il vient un peu de pus rougeâtre; une deuxième ponction faite dans l'espace sous-jacent (6e espace) ramène une plus grande quantité de pus jaunâtre, légèrement grumeleux.

Opération. — Chloroformisation. Opérateur; M. le Dr Bonnefoy, aidé de M. le Dr Vallot. Incision sur la 7e côte, qui est réséquée sur une longueur de 0m07. Traversée au bistouri du sinus-pleuro-diaphragmatique exclu, et adhérent au diaphragme, qui est incisé; on sent la convexité du foie sans adhérences avec la face inférieure du diaphragme. Incision du foie au bistouri le long du trocart et divulsion en ouvrant les mors d'une pince introduite à travers l'incision. Issue de 1.200 grammes de pus contenant de nombreux grumeaux; il est jaune, crémeux au début, puis devient chocolat.

Suture au catgut du foie à la partie interne de l'incision du diaphragme. Ecouvillonnage de la poche, drainage avec deux gros drains. On injecte par les drains 250 grammes d'une infusion d'ipéca (8 grammes de racine pour 250 grammes d'eau).

Examen du pus fait par M. le Dr Maille.

Présence dans le pus de l'abcès, de débris d'amibes et d'amibes mortes très rares.

Dans le pus de la paroi on constate la présence d'*entomœba histolytica*, variété plutôt petite, cinq ou six fois plus grosse qu'un globule rouge; l'ectoplasme est animé de mouvements.

Après l'opération, la température tombe à 20 h., à 36°8; à 23 h., à 37°8, pour rester au-dessous de 37 degrés, le 23 et le 24 février.

(1) Voy. *Arch. de Méd. navale*, avril et mai 1913. Une série de 20 cas personnels d'abcès du foie, par MM. Perrès et Oudard.

(2) Chauffard. *Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, numéro du 22 mai 1913.

(3) *Therapeutic Gazette*, 15 décembre 1912.

(4) Marchoux. *Bull. Soc. Path. exotique*, mai 1913.

Lavages ipéca. — Après lavage de la poche au sérum, une injection d'infusion d'ipéca est faite dans la poche ;

Le 23, à 8 p. 250.
Le 24, à 6 p. 250.
Le 25, à 6 p. 250.

Les effets de l'ipéca se traduisent par un état nauséeux, quelques vomissements et de la diarrhée. Son contact avec le foie est sans douleur.

25 février. — Le malade qui, dans les 24 heures, a eu de nombreuses selles, a présenté un mouvement fébrile qui va de 37°4 à 16 h., à 38°1 à 20 heures. Il tousse fréquemment ; expectoration muco-purulente. Il a des coliques localisées au côlon.

26 février. — On réduit le titre de la solution d'ipéca à 4 / 250. Un second abcès s'est vidé dans le premier.

L'examen du sang, fait le 27 février, montre encore :

Polynucléaires	85 p. 100
Mononucléaires	15 —

Présence d'amibes mortes dans le pus.

28 février. — On réduit la solution à 2 grammes pour 250.

Le 1er mars le malade a, dans la soirée, un mouvement fébrile de 37°5 à 37°9. I demande à être remis dans la salle commune des sous-officiers. Il commence à s'alimenter avec des œufs, des purées, du lait comme boisson.

La langue a repris son épithélium.

La suppuration donne encore un écoulement abondant de pus chocolat, provenant sans doute du deuxième abcès.

Le 4 mars, l'injection d'infusion d'ipéca est reprise au titre de 4 pour 250. C... se trouve bien et ne tousse plus.

La fièvre tombe définitivement le 5 mars.

Les injections d'infusion d'ipéca sont continuées à 4/250, jusqu'au 8 mars, jour où elle furent supprimées.

Le 7 mars, la numération des globules donne :

Hématies	3.906.000
Leucocytes	18.000

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	74 p. 100
Mononucléaires	22 —
Éosinophiles	4 —

Un peu plus tard, on trouve dans les selles des œufs d'ascarides lombricoïdes.

A ce moment, C... n'a plus qu'une selle par jour, la suppuration a beaucoup diminué, et le dernier gros drain a été enlevé, pour laisser la place à deux petits drains accolés.

Le 12 mars, le malade se lève pour la première fois : ce qui lui donne un mouvement fébrile pendant deux heures (37°6 et 37°8 à 18 h. et 20 h.). Les jours suivants, il se sent plus fort, restant debout progressivement, une heure d'abord et puis davantage, sans réaction fébrile.

Plus d'amibes dans les selles, ou le sang, ou le pus, malgré différents examens depuis le 27 février.

15 mars. — Numération des globules :

Hématies	3.968.000
Leucocytes	13.000

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	66 p. 100
Mononucléaires	33 —
Éosinophiles	1 —

A la date du 15 mars, C... ne tousse plus, va régulièrement à la selle, selle pâteuse ; il est au régime du quart léger.

Dès ce moment, il va rester debout, aller et venir toute la journée ; le petit drain qui reste ne donnera qu'un peu de suppuration jusqu'au 8 avril, puis un petit suintement de bile. Le 31 mars, son poids est de 58 kilogrammes.

Le 16 avril, le malade, étant au régime commun, pèse 60 kilogrammes.

Le 7 mai, à la sortie, le poids est de 64 kilogrammes. C... a donc regagné 17 kilogrammes, son poids normal étant de 66 kilogrammes.

Il part en congé de convalescence de trois mois.

C'était un cas vraiment difficile, en raison de la longue durée de l'amibiase, des récidives de l'hépatite, du double abcès et de la quantité du pus. Le malade, intelligent et observateur, assurait qu'il se trouvait incomparablement mieux de ce traitement que de celui dont il avait été l'objet au Tonkin. Interrogé par moi sur ses sensations au moment où on faisait son pansement à l'ipéca, il me répondit toujours : « Je n'ai aucune souffrance ; ça picote un peu. »

Sous ce rapport, l'ipéca n'est donc pas inférieur à l'émétine, dont les injections hypodermiques sont douloureuses. Marchoux dit même, très douloureuses (1), quand elles sont intra-musculaires et à haute dose.

L'ipéca est mortel pour les amibes au même titre que l'émétine. On peut l'observer *in vitro*. Voici les expériences faites, sur mes indications, par M. le médecin de 1re classe Maille, chargé du service de la bactériologie.

M. le médecin de 1re calsse Maille, qui a examiné le pus, le sang et les selles de l'opéré, décrit ci-après les réactions des amibes sous l'influence de l'ipéca, telles qu'elles se montrèrent au microscope.

Expérience sur le pus provenant du raclage de l'abcès. — En bordant la préparation avec une solution d'ipéca à la brésilienne n° 1 (infusion de 8 grammes de poudre d'ipéca dans 250 grammes d'eau), on voit l'ectoplasme des amibes se rétracter brusquement ; il devient bientôt invisible et sans mouvement. On distingue alors l'endoplasme sombre, granuleux, rempli de débris alimentaires et d'hématies plus ou moins déformées avec le nucléole excentrique difficilement visible.

Sur mes conseils, M. Maille a procédé sur des cobayes à des expériences, en vue d'étudier les lésions irritatives produites comparativement par l'émétine et par l'ipéca. En voici le résultat :

Des doses comparativement équivalentes de macération d'ipéca (8 grammes de poudre pour 100 grammes d'eau) et d'émétine (2) (0,08 centigrammes pour 100 d'eau) injectées à des cobayes paraissent plus sensibles à l'émétine qu'à la macération d'ipéca. La réaction, comme d'habitude, est plus forte après l'injection dans le péritoine que sous la peau.

Les cobayes résistent à des doses relativement élevées de macération d'ipéca. Il faut 24 centimètres cubes de macération d'ipéca, en injection intra-péritonéale, pour tuer un cobaye de poids moyen, en seize heures.

Avec une solution d'émétine correspondante on obtient la mort en douze heures seulement.

Chez le sujet de l'obs. II, l'ipéca a agi en tuant les amibes et en enrayant, par l'absorption, le processus inflammatoire. Son action ischémiante sur les capillaires du foie et du poumon « coupe les vivres » aux protozoaires parasites. Comme l'émétine, l'ipéca possède une certaine causticité. Il est bon de protéger les lèvres de la plaie et la peau avec de la vaseline. Il resterait à régler la dose et le titre de la solution. J'ai fait une expérience heureuse, mais non définitive.

Qu'on ne se méprenne point sur ce que je dis : L'ipéca, en applications locales, n'est pas dans mon esprit destiné à supplanter l'émétine. C'est un moyen de fortune, mais utile à connaître des praticiens, car on trouve de l'ipéca partout, tandis que l'émétine est rare, chère et que bien des pharmacies en sont dépourvues. Faute de l'un, on emploiera l'antre, mais je n'oppose nullement l'ipéca à son principe actif.

On observe aujourd'hui beaucoup plus d'abcès du foie que jadis : la cause n'en est-elle pas à l'abandon injustifié de la vieille thérapeutique de la dysenterie à base d'ipéca (1) ?

D'ailleurs, il y a peut-être une sorte d'action interchangeable entre l'émétine et l'ipéca. Pourquoi celui-ci ne serait-il pas efficace là où l'autre ne l'est pas ? Nul ne conteste l'action merveilleuse de la quinine dans le paludisme, mais, parfois, son action s'épuise chez le fébricitant, tandis que les préparations internes de quinquina le guérissent. Peut-être en est-il de même de l'ipéca et de son principe actif (2).

(1) Marchoux. *Bull. Soc. Path. exotique*, n° 5, mai 1913.

(2) L'émétine en question était celle du commerce, et non le chlorhydrate d'émétine dont on se sert aujourd'hui et qui, à ce moment, ne se vendait qu'à Londres, au prix de 20 francs le gramme.

(1) Delioux de Savignac, médecin de la marine, pressentait, il y a soixante ans, la véritable action de l'ipéca dans la dysenterie en la qualifiant de *spécifique* et *d'antidotique*.

(2) Soc. de chir.

REVUE DE CHIRURGIE

Cancer de la verge. Amputation totale, y compris les corps caverneux. Conservation des testicules

En présence d'un cancer étendu de la verge, lorsque les téguments de la région pubienne commencent à être envahis, il faut renoncer à toute amputation partielle ou même à la section au ras de la symphyse. C'est ordinairement à l'émasculation totale que l'on a recours, et les résultats immédiats et même éloignés de cette opération, sont assez satisfaisants. La technique en a été parfaitement réglée par Chalot, vers 1892, mais c'est à Anandale qu'en reviendrait la première exécution, en 1873. Depuis, les observations en sont assez nombreuses.

On peut se demander toutefois si le sacrifice des testicules qu'implique ce manuel opératoire est bien indispensable. C'est en parler à son aise que de dire, comme Montaz, qu'il ne sert de rien de conserver « ces témoins muets et attristés d'une fonction irrémédiablement détruite ». Ce que nous savons de la sécrétion interne de la glande mâle s'élève contre cette manière de raisonner ; et, du reste, il n'y a qu'à consulter les malades. Ils attachent un grand prix à la conservation des habitants de leur scrotum.

Ceci importerait peu si la récidive devenait plus menaçante par le fait qu'on ne pratique pas la castration. Mais je ne connais pas de cas où cette récidive ait été observée au niveau des testicules. Je crois donc qu'il n'est pas déraisonnable, lorsque le scrotum n'est pas largement envahi, de donner satisfaction sur ce point aux malades et de s'efforcer d'enlever tout le mal en leur laissant le plus qu'on peut des attributs de la virilité.

Cette opération n'est pas nouvelle ; elle a été pratiquée par Cabadé (de Valence d'Agen), en 1873, puis par Pearce Gould, qui lui a donné son nom. Nous en connaissons un cas, dû à Tédenat et publié dans la thèse de son élève Villa (Montpellier, 1901). Nous y avons ajouté un perfectionnement proposé pour l'émasculation totale par Harrisson, Horteloup et Montaz, et qui consiste à reporter le méat nouveau le plus loin possible de la ligne de sutures en pratiquant, dans un premier temps, une uréthrostomie périnéale. Nous avons obtenu de cette façon un résultat qui nous a paru assez satisfaisant pour mériter d'être montré.

Observation. — N..., Antoine, 57 ans, menuisier, à Lyon, entre le 5 octobre 1912, à l'hôpital Saint-Pothin, dans le service d'urologie du Dr Gayet, pour une tumeur de la verge.

Ce malade a présenté un phimosis congénital très serré ; à 18 ans, blennorrhagie accompagnée d'œdème de la verge. Il y a trois ans, il est entré

à l'Hôtel-Dieu pour un œdème persistant de la verge. On le soumit au traitement spécifique et les symptômes rétrogradèrent.

Il y a deux mois, la verge grossit de nouveau, il se produit une hématurie assez forte, puis l'induration commença sur l'extrémité de la verge et l'envahit bientôt complètement. L'urine sort par un orifice à la partie moyenne de la face dorsale de la verge.

Actuellement, il y a une plaie sanieuse, dont l'odeur est infecte ; elle a envahi la verge à peu près complètement, ne respectant que 1 centimètre à sa base. La pression fait sourdre un peu de sang et des vermiotes.

Contenu scrotal normal ainsi que la prostate et les vésicules séminales. Ganglions petits et nombreux dans les deux aines.

Etat général satisfaisant, mais le malade aurait perdu plusieurs kilos en deux mois.

16 octobre 1912. — Intervention (M. Gayet).

Premier temps. — On fait une incision courbe prérectale, on va chercher l'urèthre membraneux qu'on dissèque, qui est coupé en travers, fendu longitudinalement sur une longueur de 1 centimètre et abouché à la peau par quelques points de suture.

Deuxième temps. — Par une double incision parallèle à l'arcade fémorale, on dissèque les ganglions des deux aines en les laissant adhérents à un pédicule contenant les troncs lymphatiques de la verge.

Troisième temps. — Incision du raphé scrotal, puis de la cloison des bourses, on rejette les testicules à droite et à gauche.

Quatrième temps. — On rabat de haut en bas la graisse ; les ganglions, les corps caverneux sont détachés à la rugine des bords de l'ogive pelvienne et on a dans la main toute la tumeur enlevée d'un seul bloc avec ses annexes et les territoires lymphatiques.

Suture et drainage des deux triangles de Scarpa. Suites simples.

Actuellement, la cicatrisation est complète. La miction se fait bien par l'urèthre périnéal. Le seul ennui dont souffre le malade, c'est l'irritation cutanée provoquée par l'urine au niveau du scrotum et de la face interne des cuisses. Mais cet inconvénient est en voie de disparaître par l'usage de pommades et la précaution que prend, sur notre conseil, le malade, de relever le scrotum au moment de la miction (1).

Vasectomie dans un cas de cancer inopérable de la prostate

Par le Docteur E. TYTGAT (de Gand).

L'insuffisance de nos ressources thérapeutiques dans le traitement du cancer inopérable est notoire. Que de fois le médecin ne se trouve-t-il pas réduit à la triste extrémité d'administrer des doses progressivement croissantes de narcotique au risque de produire une véritable intoxication de son malade !

Chez ces patients fatalement voués à une mort assez prochaine après une période de cruelles souffrances pour eux et pour leur entourage, toute thérapeutique nouvelle semble autorisée à la condition qu'elle reste dans le cadre de la prudence et du bon sens.

C'est m'inspirant de cette idée que j'ai eu recours, dans un cas particulier de cancer inopérable de la prostate, à un traitement qui ne lui avait pas encore été appliqué.

Me basant sur les résultats d'atrophie prostatique que la résection des canaux déférents donne souvent dans l'hypertrophie simple de la prostate (Albarran), j'ai cru que la déférentotomie pourrait atrophier l'organe dont le cancer est parti et conséquemment diminuer les inconvénients de la maladie ou même amener la guérison.

Le patient qui fait l'objet de la relation était atteint de volumineux carcinome de la prostate, adhérent au rectum et à la paroi pelvienne droite, ulcéré du côté de la vessie. La lésion provoquait des douleurs locales très vives et des douleurs irradiées dans la région inguinale et la cuisse droite nécessitant l'usage de très grandes quantités de narcotique ; de plus, il y avait un priapisme permanent, pénible pour le malade et rendant très difficiles les manœuvres de cathétérisme nécessitées par la rétention d'urine.

La déférentotomie fut pratiquée sous anesthésie locale.

Dès le surlendemain le priapisme a disparu complètement et, chose plus extraordinaire, la vasectomie a supprimé en quelques jours toutes les douleurs. Le malade a vécu encore pendant trois mois après l'opération et ne s'est *plus jamais* plaint des souffrances qu'il accusait antérieurement.

Le volume de la tumeur s'est un peu réduit sous l'influence du traitement.

Sans chercher à expliquer le mécanisme de cette étrange suppression des douleurs, je me plais à constater le fait. Je n'oserais conseiller la vasectomie comme traitement du cancer inopérable de la prostate après un seul résultat heureux, mais l'intervention est bénigne et facile et le résultat symptomatique que j'ai obtenu si complet, que je n'hésite pas à faire connaître le procédé. La vasectomie ne peut en aucune façon nuire aux malades de cette catégorie et elle n'empêche pas de recourir simultanément à tous les autres moyens dont nous disposons, dans le cas où elle ne serait pas suivie du résultat espéré.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Le Chorio-épithéliome malin

Cette question fort importante en Gynécologie, au dernier Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie tenu à Lille, a été l'objet d'un double rapport de MM. les docteurs Proust et Bender qui en ont étudié spécialement le côté anatomique, pathologique et pathogénique et de MM. les docteurs Polosson et Violet qui, eux, en ont examiné le côté clinique.

Nous donnons ici le résumé de ce dernier rapport plus particulièrement important à connaître en raison de ses applications pratiques.

De l'étude des observateurs, il ressort un fait bien mis en évidence par tous les auteurs, c'est qu'on peut voir le chorio-épithéliome à la suite tantôt d'un accouchement prématuré, tantôt à la suite d'un avortement ; on peut le voir succéder également à une môle.

D'après les différentes statistiques, celles de Ladinsky, de Briquet et celles des rapporteurs, c'est surtout à la suite des môles et des avortements que l'on verrait apparaître ces néoplasmes ; les accouchements normaux présenteraient bien moins souvent cette complication.

Le chorio-épithéliome n'appartient pas à un âge plus particulièrement qu'à un autre et il se rencontre depuis 17 ans jusqu'à 55 ans ; il semble pourtant que le maximum de fréquence se voit de 25 à 35 ans, ce qui correspond à l'âge moyen de la vie sexuelle.

Le début de l'affection suit, en général, de près l'accouchement, l'avortement ou l'expulsion de la môle et se voit dans les deux mois qui suivent l'expulsion de l'œuf ; pourtant il existe quelques cas de chorio-épithéliome se manifestant plusieurs mois après la dernière grossesse.

Le début de ces tumeurs peut se faire de différentes manières :

Dans un certain nombre de cas, l'évolution est tout à fait latente et les premiers symptômes révélés sont ceux d'une métastase, soit au niveau du cerveau — ils se traduisent alors par une hémiplégie ou des vomissements incoercibles — soit au niveau du poumon, et l'on remarque alors un certain nombre de phénomènes tels que toux et hémoptysie.

Dans d'autres, et c'est là le début le plus fréquent, l'affection commence par des symptômes utérins, des hémorragies qui conduisent à un curettage ; puis on se rend compte de l'augmentation du volume de l'utérus, pendant que l'état général périclite, que les symptômes d'anémie et de cachexie s'installent.

Plus rarement, le début est marqué par une hémorragie intra-péritonéale mortelle due à la perforation de l'intestin.

Une des formes de début assez fréquente, c'est l'apparition d'une petite tumeur sur la paroi antérieure du vagin qui attire l'attention, soit par la douleur qu'elle provoque, soit par une augmentation de volume, soit par son ulcération et l'hémorragie qui s'ensuit.

Signes fonctionnels. — Parmi les symptômes fonctionnels, les plus fréquemment observés, les plus importants sont assurément les *hémorragies utérines*, qui peuvent revêtir des caractères assez variés. Ce sont, en général, des pertes peu abondantes, mais anormales par leur durée et leur persistance ; dans d'autres cas, au lieu de prendre cette allure d'endométrite postpartum ou post-abortum, ces hémorragies peuvent présenter un autre type, et c'est alors une hémorragie grave, impressionnante, foudroyante même.

A côté de ces deux types, cas extrêmes entre lesquels on peut rencontrer tous les degrés, on peut décrire des hémorragies à répétition avec intervalle plus ou moins grand. On peut alors avoir affaire, soit à la forme métrorragique (l'intervalle entre les pertes variant de trois semaines à un mois), soit à la forme à répétition proprement dite, dans laquelle, sous l'influence d'un mouvement, d'un effort, peut se produire une effraction vasculaire.

A côté de ces pertes de sang, on peut signaler les *écoulements séreux*, qui ressemblent beaucoup à ceux du cancer du corps.

Dans les cas avec fièvre, cet écoulement devient plus abondant, il est alors sanieux, fétide et simule tout à fait les écoulements que l'on voit dans les rétentions placentaires infectées.

Le troisième symptôme que l'on trouve noté dans les observations, ce sont les *douleurs* ; elles sont rarement bien marquées, mais dans certains cas elles peuvent prendre l'allure de coliques et sont alors liées à l'expulsion des caillots ou des débris de la tumeur. Dans d'autres cas il s'agit de douleurs sourdes, accompagnant le développement de la tumeur ; elles appartiennent alors à la période terminale de la maladie et résultent de la compression des nerfs du bassin par l'envahissement du ligament large.

Ultérieurement, ces hémorragies conduisent à l'*anémie*, qui peut se compliquer plus tard de phénomènes cachectiques dus aux résorptions des produits de la tumeur. Cette anémie est généralement précoce et s'accompagne de la décoloration des tissus, qui attire l'attention et passe au premier plan.

A cette phase, on note souvent la présence d'*albuminurie*, qui précède souvent la cachexie, qu'elle annonce et dont elle a la même pathogénie.

Evolution. — La majorité des chorio-épithéliomes évolue sans fièvre et ce n'est qu'au terme ultime que l'on peut voir apparaître une légère ascension thermique. A côté de cela, il existe des phénomènes fébriles liés à des infections secondaires de la cavité utérine, avec lesquels s'installe tout le cortège habituel des infections ;

(1) Soc. de Chirurgie de Lyon.

rapidité et faiblesse du pouls, troubles gastro-intestinaux, vomissements et diarrhée.

Dans certains cas, l'évolution clinique normale peut être modifiée par suite de l'évolution des différentes métastases que nous avons déjà signalées. On trouve alors toute une série de symptômes nouveaux, variant avec chaque localisation. Les métastases pulmonaires vous donneront parfois une simple gêne respiratoire ou un peu de dyspnée, mais, le plus souvent, elles se traduiront par des symptômes plus manifestes, tels que toux, expectoration ou hémoptysie véritable. Les métastases cérébrales peuvent, dans quelques cas, attirer l'attention par des symptômes oculaires assez discrets; dans d'autres ce seront une hémiplégie avec ictus apoplectique, de l'aphasie ou des vomissements incoercibles qui révéleront la présence d'une tumeur cérébrale. Enfin, dans le cas de métastase vaginale, ce nodule peut passer parfois au premier plan au point de vue clinique, et les symptômes utérins sont complètement muets. Ces localisations se traduisent au début par des hémorragies et de la douleur; elles peuvent, ultérieurement, présenter d'autres symptômes, car, du fait même de leur évolution, elles arrivent, à un moment donné, à perforer l'urètre, la paroi vésicale ou même le rectum.

Ces métastases peuvent être extrêmement précoces et se manifester dans les premiers jours de la maladie; pourtant la plupart sont ordinairement terminales, en particulier les métastases cérébrales qui peuvent survenir dans les huit ou dix jours qui suivent l'intervention.

Le chorio-épithéliome utérin se présente avec des signes physiques qui peuvent être fournis tour à tour par le toucher et le palper combinés, le toucher intra-utérin, et qui nous révèlent alors le volume de l'utérus, sa forme, sa consistance.

Tantôt, il s'agit d'un utérus d'un volume peu supérieur à la normale, avec un col fermé, dont le corps est de consistance molle, souple et de forme globuleuse; tantôt cet utérus peut atteindre le volume d'une grossesse de deux à trois mois, ce qui se voit dans la majorité des cas.

La forme utérine est assez variable; à côté des organes globuleux réguliers, il existe des cas avec saillies irrégulières au niveau d'une des parois ou sur une des cornes. La palpation donne alors une sensation d'empâtement qui fait qu'on a de la peine à savoir si ces bosselures font partie de l'utérus ou siègent dans les annexes.

Le toucher intra-utérin constitue le moyen d'exploration qui donne le plus de renseignements importants dans l'étude de cette affection. Il peut être parfois rendu des plus faciles par la béance naturelle du col, mais, dans d'autres cas, il ne peut être rendu possible que par une dilatation préalable.

L'exploration digitale peut révéler soit l'existence d'une saillie unique dont on fait le tour, de forme polypeuse, ou encore la présence de masses multiples, bourgeonnantes, friables, qui font presque de suite penser au cancer; entre ces deux extrêmes se trouvent, bien entendu, tous les degrés.

Ces différents symptômes peuvent être groupés, rapprochés plus ou moins les uns des autres, ce qui permet de dégager quelques types cliniques, en tenant compte non seulement des données symptomatiques, mais encore des données étiologiques.

C'est ainsi que le premier type clinique est celui qui a trait aux accidents survenant dans les quelques semaines qui suivent l'expulsion d'une môle et en particulier des môles présentant des symptômes d'intoxication grave. C'est là un type d'accidents précoces qui ne passe presque jamais inaperçu.

La deuxième forme clinique à envisager est celle se traduisant tout d'abord à l'observateur sous le titre de rétention placentaire. Après une première exploration qui a montré la présence de débris, les hémorragies recommencent; elles tiennent à la néoformation.

Un troisième type pourra être fourni, lorsque une exploration intra-utérine, faite pour des hémorragies ou des écoulements néo-sanguinolents, montrera par le toucher l'existence d'une tumeur diffuse ou isolée, friable, saignant facilement au doigt.

Une autre forme qui doit bien être présente à l'esprit, c'est celle de la métastase vulvo-vaginale. C'est là un des types les plus curieux du chorio-épithéliome, qui diffère comme localisation des greffes vaginales du cancer du corps. Au lieu de se manifester d'abord sous un caractère superficiel et de provenir de l'épithélium, ces tumeurs, qui ne sont que des métastases par voie veineuse, sont d'abord sous-muqueuses et ne s'ulcèrent que très tardivement. Il est plus classique de les confondre avec les tumeurs sarcomateuses, car elles ne rappellent en rien les épithéliomes.

Enfin, on peut encore mentionner un cinquième type, le type infectieux qui évolue comme une septicémie puerpérale, avec laquelle la confusion est des plus faciles.

Abandonné à lui-même, le chorio-épithéliome a une évolution fatale et la mort survient à une échéance variant de quelques jours à trois ans.

Cette mort peut survenir, comme l'a bien indiqué Briquel :

1° Du fait même des hémorragies, par leur répétition et leur abondance.

2° Du fait de la cachexie progressive.

3° De l'infection surajoutée, avec septicémie.

4° Elle peut être hâtée par une maladie intercurrente.

5° Dans quelques cas, la mort peut être due à une embolie pulmonaire, à une péritonite, à une hémorragie intra-péritonéale ou à des phénomènes cérébraux.

Pronostic. — Au point de vue du pronostic, le chorio-épithéliome a toujours été considéré par tous comme la plus maligne des tumeurs de l'utérus, à évolution fatale et très rapidement fatale. Il semble pourtant que l'on tende à revenir un peu de cette opinion par trop absolue, car différents auteurs ont publié des cas de guérisons spontanées qui tiendraient, soit à la défense naturelle de l'organisme, soit à la moindre vitalité du néoplasme atteint de nécrobiose. La conclusion la plus logique qui découle de ces faits, c'est que, dans ces cas de tumeurs paraissant inopérables, par suite de l'extension locale, il ne faut pas craindre de proposer des opérations palliatives, des curages, des curettages, avec l'arrière-pensée qu'en enlevant le plus gros, on peut aller plus loin qu'on ne le pense et faciliter alors une guérison spontanée.

Traitement. — Le traitement du chorio-épithéliome peut être considéré tour à tour comme prophylactique, curatif ou palliatif.

Prophylactique, il consistera à éviter les rétentions placentaires, les débris de môle, à faire des curettages de bonne heure et à les faire avec beaucoup de soin. Il ne faudra pas oublier d'examiner systématiquement tous les débris ramenés, car on pourra faire alors un diagnostic précoce, et par cela même une intervention rapide et radicale.

Le traitement palliatif mérite d'être pris en considération, car un certain nombre de malades traitées par des opérations incomplètes ont vu des améliorations considérables, et même des résultats définitifs. Ce palliatif consistera à arrêter les hémorragies, à drainer, à panser à plat les clapiers ou les surfaces anfractueuses de la tumeur.

Quant au traitement curatif, il est uniquement chirurgical : c'est l'hystérectomie, que l'on peut réaliser, soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale. Il semble actuellement que la voie vaginale, longtemps en honneur, tend à être délaissée au profit de la voie abdominale : il paraît inutile de réaliser la dissection systématique des uretères.

Au point de vue des résultats, l'ensemble des dernières statistiques publiées mentionne de 58 à 63 p. 100 de guérisons durables. Ces résultats varient un peu, suivant que le chorio-épithéliome est consécutif à un accouchement normal, à un avortement ou à une môle. Le plus fort pourcentage se voit après la môle et atteint 68,5, alors qu'après l'accouchement normal il n'est que de 57. Il est bien évident que la plupart des observations ont été publiées d'une manière un peu hâtive et que les malades n'ont pas été suivis pendant un laps de temps suffisamment long. Il semble pourtant que les récidives se produisent généralement dans un temps assez court et que, passé un délai de deux ans, on n'ait plus à redouter cette complication qui se montre le plus souvent sous forme de métastases viscérales.

L'indication thérapeutique peut donc être formulée ici comme pour les autres tumeurs malignes : diagnostic précoce et intervention immédiate.

Les contre-indications tiennent rarement à des extensions locales, à des envahissements du ligament large, car la tumeur devient surtout inopérable par la production des métastases viscérales et cérébrales. La présence d'un noyau vaginal encore limité, une complication infectieuse ou des signes d'hémorragie intra-péritonéale ne constituent pas des contre-indications mais bien souvent des indications opératoires d'urgence.

REVUE DE STOMATOLOGIE

A propos du diagnostic de la névralgie faciale d'origine dentaire

Par le Dr J. BESSON (Grenoble).

Ce n'est point toujours chose facile que de découvrir l'origine dentaire d'une névralgie faciale, nous en avons tous fait l'expérience. Et si la plupart du temps l'exploration à la sonde et l'effet du traitement suffisent à montrer au malade la cause dentaire de sa névralgie, il est d'autres cas où nous sommes fort embarrassés. C'est alors que, nous autres stomatologistes, nous devons mettre tout en œuvre pour dépister l'origine buccale de la névralgie. C'est à nous d'être convaincus, pour le plus grand bien des malades, que la névralgie faciale est presque toujours d'origine périphérique. C'est à nous de ruiner cette médecine des symptômes qui consiste à abreuver d'analgésiques plus ou moins toxiques nombre de malades atteints de névralgie d'origine dentaire et justiciables du seul traitement dentaire. C'est à nous enfin de renverser les propositions émises dans nombre de manuels de médecine et de démontrer que, dans l'immense majorité des cas, la névralgie faciale vraie a pour origine une infection banale, buccale ou péribuccale, dentaire surtout et qu'elle est exceptionnellement d'origine syphilitique, paludéenne ou rhumatismale.

Nous laisserons de côté le diagnostic des névralgies qui ont pour cause des lésions osseuses ou muqueuses de la bouche, du nez, des oreilles et des yeux, pour nous borner au diagnostic des névralgies faciales d'origine pulpite dentaire. Parmi d'innombrables observations, nous en retiendrons trois des plus typiques.

Première observation. — Au mois de novembre 1910, je recevais à ma consultation la sœur d'un de mes confrères et amis. Cette femme, âgée de

35 ans environ, venait me consulter pour une névralgie faciale dont elle souffrait atrocement depuis trois mois. Elle en avait entretenu son frère qui lui avait conseillé dès le début de voir un dentiste de la localité où elle habitait. Ce praticien n'avait découvert aucune lésion dentaire et avait écarté cette cause de névralgie. Mais la douleur devenant de plus en plus violente, notre malade s'était décidée, sur les instances de son frère qui croyait toujours à une cause buccale, à faire un long voyage pour venir nous consulter.

La malade nous arrivait avec les renseignements les plus précis sur ses antécédents personnels et héréditaires. Et vraiment, rien dans son passé pathologique ne pouvait expliquer une névralgie faciale aussi nette et aussi douloureuse. Cette névralgie affectait la forme classique des névralgies du trijumeau d'origine dentaire : points douloureux sus et sous-orbitaires temporaux et mentonniers. Apparition de la douleur sous la forme de crise la nuit surtout, et après les repas. Pas de spasmes, pas de parésie ou de paralysie des muscles moteurs de la face. Pas de troubles du côté de l'œil qui avait été examiné. Pas de température.

Je fis l'examen de la bouche. Les dents étaient en excellent état, pas d'obturation du côté de la névralgie, pas de décoloration dentaire, seulement un peu de gingivite généralisée du côté de la névralgie surtout, mais peu de lésions muqueuses ou osseuses.

J'examinai cependant très attentivement chaque dent du côté malade, l'éclairai, la percutai, et, enfin, tâtai sa sensibilité à l'aide d'une boulette de coton imbibée de chlorure d'éthyle et portée successivement sur chaque dent. Je ne trouvai qu'une légère sensibilité au froid vif sur une petite molaire inférieure, absolument intacte d'ailleurs. D'abord je ne pus me décider à attaquer cette dent et fis revenir ma malade trois ou quatre fois pour l'examiner à nouveau. Mais comme la névralgie augmentait toujours d'intensité et que la sensibilité de la petite molaire inférieure persistait, je me décidai, avec l'aide de l'anesthésie à la novocaïne, à trépaner cette dent et à en extirper la pulpe. L'anesthésie ne fut pas brillante et j'eus de la peine à ouvrir ma chambre pulpaire.

Je plaçai un acide arsénieux et renvoyai ma malade. Le lendemain elle me revenait complètement soulagée après une nuit d'atroces souffrances, et la guérison se maintenait.

J'ai eu l'occasion de la voir il y a quelques mois encore à propos d'une nouvelle névralgie faciale. Et cette fois encore, j'ai pu trouver la dent causale à l'aide du chlorure d'éthyle, et la soulager définitivement. Aucune lésion n'était visible sur notre dent une fois encore.

J'avoue ne pas avoir vu la cause exacte de ces deux pulpites et j'en suis réduit à des hypothèses. Mais il est certain que dans ce cas la névralgie était d'origine dentaire et que la cause en eût été difficilement décelée sans l'intervention précieuse du chlorure d'éthyle.

Deuxième observation. — Il s'agit d'un de mes anciens clients qui, atteint d'une névralgie faciale, vint se faire soigner chez moi. Mais il avait lui-même fait son diagnostic, et à mon assistant qui le vit pour la première fois, il montra une grosse molaire inférieure qui avait été dévitalisée et obturée, sans incident d'ailleurs, quelques années auparavant. Notre jeune assistant, que j'avais souvent mis en garde contre les affirmations des malades, l'examina attentivement au miroir, à la sonde, au chlorure d'éthyle même, mais il ne trouva aucune lésion dentaire. Et, en présence des affirmations précises du malade, il trépana la dent incriminée qui ne présentait qu'un peu de sensibilité à la percussion. Il n'obtint d'ailleurs aucun résultat, la dent étant correctement soignée, et la névralgie ne fit qu'augmenter les deux jours suivants.

A la seconde séance, mon assistant découragé et ne croyant déjà plus à la cause dentaire de la névralgie, m'amena son malade. J'éliminai tout de suite la dent incriminée par le malade comme cause de la névralgie. Mais en insistant longuement sur chaque dent avec ma boulette de coton imbibée de chlorure d'éthyle, j'arrivai à éveiller une sensation de douleur vive au niveau d'une grosse molaire supérieure et à amener une irradiation dans la sphère du trijumeau. Dès lors mon siège était fait. Un premier pansement phéniqué appliqué sur l'heure confirma notre diagnostic. Et, lorsque ma dent fut dévitalisée je m'aperçus que notre pulpite était la suite d'une carie interstitielle extrêmement étroite et pénétrante que la sonde ne pouvait déceler.

Troisième observation. — Enfin j'ai eu grand'peine à soigner et à soulager un malade des environs de Grenoble. Il me montrait obstinément comme cause de sa névralgie faciale une racine à pulpe sphacélée et infectée et qu'il n'avait jamais consenti à se faire extraire. Malgré la confiance qu'il avait en moi, j'eus toutes les peines du monde à lui montrer le siège exact et la cause de sa névralgie. Et il fallut qu'à plusieurs reprises la douleur fût éveillée par des attouchements de chlorure d'éthyle au niveau d'une dent d'ailleurs manifestement cariée pour qu'il me laissât enfin les mains libres.

De ces trois observations, les deux premières ont pu paraître des plus banales. Il n'est pas de jour en effet où chacun de nous ne constate des erreurs de ce genre dans son cabinet ou son service public. Ce qui frappe en effet chez le malade atteint d'une pulpite c'est son ignorance de la cause de cette pulpite, toutes les fois que la dent atteinte de carie n'est pas directement accessible au toucher et aux variations de températures.

Bien plus, s'il existe du côté de la pulpite une dent ou une racine, obturée ou non, infectée ou non, en tous cas dévitalisée, presque toujours notre malade attribuera sa douleur névralgique à cette dent. Cette erreur est tellement constante qu'il faut bien connaître la vérité des sensations douloureuses accusées par le malade. Comment expliquer cette erreur de localisation ?

Nous croyons qu'il se passe au niveau du filet radiculaire d'une dent dévitalisée ce que Jarre et Cruet ont démontré pour les filets nerveux emprisonnés dans les alvéoles atteintes d'ostéite. De sa dent ait été aseptiquement dépouillée de sa pulpe ou que cette pulpe se soit sphacélée par infection, il y a, au niveau de l'apex, une cicatrice nerveuse, et très souvent de la cémentite et de l'infection du ligament. Il est fort possible que cette cicatrice nerveuse soit un point de *fixation* dans une douleur névralgique irradiée le long du trijumeau.

C'est là d'ailleurs une simple hypothèse. La cause d'erreur n'en est pas moins très fréquente et contribue à faire, du diagnostic de l'origine d'une névralgie faciale, une opération parfois très difficile. C'est dans ces cas-là que le chlorure d'éthyle peut nous rendre de grands services. Certes le procédé d'exploration par les différences de températures n'est pas nouveau. Walkoff, dans un travail sur le diagnostic des pulpites, a pu, dit-il, discerner les lésions de la pulpe par des attouchements d'eau portée à des températures variables, plus chauds ou plus froids que la température buccale. Mais nous lui objecterons la difficulté de se procurer toujours de l'eau à la température voulue ; d'autre part, il est difficile avec de l'eau de localiser son attouchement. Il arrive souvent qu'avec la seringue on atteigne plusieurs dents voisines et que les sensations soient ainsi mal précisées. Quant au mode d'exploration par les courants induits qu'ont préconisé Frohmann et Cavalié, nous n'en méconnaissons pas la valeur clinique, mais il exige une installation qu'il n'est pas toujours facile de se procurer en dehors de son cabinet.

Le chlorure d'éthyle a l'avantage d'être toujours à la même température. On peut fort bien localiser son action en le portant sur une boulette de coton au niveau de chaque dent. La sensation est durable, le liquide se congelant sur le coton, et la même boulette peut servir à l'examen de plusieurs dents.

Le seul inconvénient, c'est le froid excessif qu'il produit. Il arrive que chez les malades atteints de stomatite ou de pyorrhée toutes les dents sont sensibles au froid violent. Ce sera alors au praticien de discerner quelle est la dent la plus sensible, celle qui, au contact du froid vif, donnera une sensation de douleur irradiée pendant quelques minutes. C'est là une question de nuance que le stomatologiste discernera avec une longue habitude.

Nous le répétons, le chlorure d'éthyle ne convient pas au diagnostic de toutes les pulpites et ne dispense pas des autres modes d'exploration. C'est surtout la pulpite subaiguë et aiguë, ce sont les pulpites chroniques qui sont passibles de ce mode d'examen. A mesure que la pulpe se sphacèle, nous savons que la sensation de chaleur devient particulièrement pénible, donc précieuse pour le diagnostic. Mais, à cause de leurs douleurs violentes, les malades viennent toujours nous consulter pendant la période subaiguë ou aiguë de la pulpite. C'est dire que les indications de l'examen au chlorure d'éthyle sont extrêmement nombreuses.

Le diagnostic de la pulpite avec le chlorure d'éthyle devra être fait avec beaucoup de méthode si l'on veut avoir de bons résultats. Tout d'abord, il est nécessaire de projeter une quantité suffisante de chlorure d'éthyle sur notre boulette de coton pour que le liquide se congèle et imprègne toute la boulette. Puis, au bout de la presselle, nous portons successivement la boulette sur la face jugale, de préférence de chaque dent, du même côté de la face. Si le malade accuse de la sensibilité au niveau d'une dent ou qu'il fasse un mouvement brusque au contact du chlorure, nous devons insister dans notre examen à ce niveau et surtout tâcher de démêler les sensations du malade. Il arrive, en effet, que le patient, par crainte du médicament, nous donne des renseignements faux sur la localisation de ses sensations. Donc, si nous n'avons pas de mouvement réflexe de défense au contact du chlorure, il faut répéter notre examen à plusieurs reprises et contrôler avec soin les dires du malade.

Enfin, il est nécessaire quelquefois, dans les pulpites subaiguës chroniques, de prolonger le contact du chlorure pendant un temps assez long pour éveiller des sensations.

Toutes ces recommandations sont d'ailleurs superflues pour un praticien exercé. Il suffit qu'il ait entre les mains un bon instrument de diagnostic pour qu'il en tire rapidement tous les avantages. Et nous croyons pouvoir indiquer le chlorure d'éthyle comme un des meilleurs procédés de diagnostic de la pulpite aiguë, comme un des plus faciles à employer (car il suffit d'avoir sous la main une ampoule de chlorure à fermeture automatique) et surtout comme un des plus convaincants pour le malade.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

La Cure à l'avoine chez les Diabétiques

On ignore encore pourquoi l'avoine exerce une influence sur le diabète. Afin de résoudre cette question, M. le Dr Magnus-Lévy (de Berlin), a fait récemment quelques expériences dont il expose comme suit les résultats :

L'effet de la cure d'avoine peut être dû aux propriétés *négatives* ou aux propriétés *positives* de cette céréale. J'appelle propriétés négatives, celles qui découlent du fait que durant cette cure, les albumines des aliments sont très réduites : ce

seraient les propriétés d'un régime pauvre en albumine, riche en graisses et hydrates de carbone. Les propriétés positives se rattachent directement à l'avoine, soit que l'amidon de cette céréale ait une composition spéciale qui le différencie des autres hydrates de carbone, soit que l'avoine renferme une substance qui agisse à la façon d'une hormone et qui soit douée de précieuses qualités pour le diabétique.

J'ai recherché les propriétés positives ; on n'a pas encore pu extraire de l'avoine une substance possédant les propriétés dont il s'agit, mais j'ai essayé d'augmenter la quantité de cette substance hypothétique en concentrant de la purée ordinaire de gruau d'avoine. Cette préparation devrait être mieux assimilée que la purée ordinaire, mais le résultat de l'expérience a été négatif. D'autre part, certaines de mes recherches m'ont prouvé que l'amidon pur, extrait du gruau d'avoine, ingéré avec des œufs, agit absolument comme le gruau pris dans sa totalité.

J'ai expérimenté dans 8 cas de diabète grave, en observant toutes les précautions nécessaires. Après ingestion de 185 grammes de gruau d'avoine, l'excrétion du sucre pendant quatre jours était en moyenne de 58 grammes par jour ; dans la période où le gruau fut remplacé par une quantité égale d'amidon pur (*Haferstärke*) l'excrétion journalière du sucre fut de 53 grammes. Gruau et amidon d'avoine ont une action absolument identique et je ne puis, par suite, m'expliquer l'effet de l'avoine que par sa composition différente de celle des autres céréales. Les résultats thérapeutiques que j'ai obtenus chez les diabétiques me permettent de dire, en outre, que la cure d'avoine mérite d'être employée encore plus fréquemment qu'on ne l'a fait jusqu'ici dans le traitement du diabète.

La bactériothérapie lactique

Dans les infections *anaérobiques*, les ferments lactiques ont une action des plus efficaces, notamment dans les cas d'écoulement fétide par rétention de caduque, dans les lésions locales à marche *gangréneuse* (sphacèle du col, du moignon ombilical, plaies périnéales, etc.). Citons encore l'*escharre sacrée* ou fessière, où l'action curative est merveilleuse ; les *ulcérations* diverses (palatine chez le nouveau-né, néoplasmes ulcérés du col) et aussi le *vaginisme*, dont il faut rechercher la fissure causale, justiciable de la bactériothérapie.

REVUE DE PARASITOLOGIE

Un Cas curieux de Kyste hydatique chez une femme

Par M. le Docteur VAN BOGAERT (d'Anvers).

La malade dont nous voulons esquisser l'histoire pathologique est une robuste campagnarde depuis 20 ans à notre service comme cuisinière. Elle a, à l'heure actuelle, 40 ans environ, et n'a encore aucun dossier morbide personnel. Son hérédité semble moins indemne. Sa mère, un frère et une sœur moururent de tuberculose à forme variée, la première vers 30 ans, le second jeune, la dernière à l'âge de 32 ans. Son père est mort d'un cancer de l'estomac à 62 ans. Une sœur actuellement âgée de 50 ans, traîne toute la kyrielle des polyscléroses viscérales. Enfin un frère, âgé de 52 ans, a toutes les apparences de la santé, malgré son éthylisme sérieux.

La malade en question, jusqu'à l'année dernière, avait joui d'une santé parfaite ; travailleuse infatigable, d'un dévouement à toute épreuve, elle assura pendant 20 ans mon service de maison qui est pénible.

Vers le 15 août 1912, elle vint nous rejoindre en villégiature, légèrement dérangée de l'estomac ; elle attribuait cette indisposition à une couple d'œufs mangés trop prestement le matin même de son départ et nous avions la conviction qu'un jour de diète et de grand air la remettrait. Il n'en fut pas ainsi, ses fonctions gastro-hépatico-intestinales prirent du temps à se ressaisir. Inappétence, anorexie, dégoût alimentaire et découragement, teint terreux, subistérique léger, constipation rebelle, céphalée minime, etc... Aucune hyperthermie, quand brusquement, 4 ou 5 jours après son arrivée, une nuit, éclatent les syndromes violents de la lithiase hépatique. Quelques symptômes cependant semblaient ne pas concorder avec le tableau classique de cette affection : la longue durée, l'anormale persistance de la crise calculeuse, l'absence du *corpus delicti*, malgré les plus minutieuses investigations, l'absence de la coloration urinaire et de la décoloration coprologique à n'importe quel moment, la douleur spontanée, mais surtout provoquée par le palper et la percussion, non plus dans la région de la vésicule, mais dans la partie toute supérieure, immédiatement en dessous et très peu à droite de l'appendice xiphoïde sternal. C'est du reste ce point qui, à partir de ce moment, tant dans les paroxysmes que dans les périodes intercalaires latentes, devait rester sensible, même douloureux à l'examen et aussi plus dur, donnant la vulgaire impression d'une tumeur au moins menaçante.

Aucune hyperthermie ne fut constatée en ce moment. Il fallut environ quinze jours pour calmer cette crise et revenir à une bonne santé relative. Cependant la belle santé antérieure ne se rétablit point complètement. La malade traîna avec une santé ébranlée : Inappétences fréquentes, dérangements gastro-intestino-hépatiques, avec des éclaircies d'une apparente santé refaite ! voilà l'histoire de notre malade jusqu'à mi-octobre où, en mon absence pour le Congrès français de médecine et le Congrès de pathologie comparée, se produisit une dramatique récidive de la scène du mois d'août. Mêmes manifestations, mêmes syndromes, mais avec un degré de violence et de gravité quintuplées ! Hyperthermie allant aux abords de 41° ; état général archi-mauvais. A mon retour des confrères qui la virent avaient porté le diagnostic ferme de cholécystite calculeuse avec suppuration probable et croyaient avec moi à la nécessité d'une intervention sanglante. Absolument d'accord avec eux sur l'urgence de l'opération, je ne le fus cependant pas autant sur la nature du mal. La première crise, sa marche bâtarde ; la période intercalaire, sa physionomie étrange, peu ordinaire ; la seconde crise, sa marche brutale et encore plus bâtarde ; la localisation peu banale, tout cela me laissait perplexe et hanté par le bacille de Koch, les spirochètes de Schaudin et tutti quanti. J'aurais voulu, malgré tout, asseoir une diagnose plus exacte avant d'aller plus loin. Le séro-diagnostic d'Arloing et Courmont, la réaction de Wassermann furent négatifs franchement ! Mais, à l'examen du sang, une énorme éosinophilie, 12/100 nous frappa. Elle devait inévitablement nous conduire à la réaction de Weinberg et au précipito-diagnostic, spécifiques de l'échinococcose humaine. Or le sérum sanguin après vérification de l'antigène et de l'ambocepteur devait nous donner par la méthode de Weinberg une réaction franchement et nettement positive. Nous devions être moins heureux dans la mise sur pied du précipito-diagnostic pour le motif bien simple que la ponction faite *loco dolenti* à la région sous-xiphoïdienne ne devait rien nous ramener et de cette façon nous mettait dans l'impossibilité matérielle d'effectuer notre mélange de sérum et de liquide kystique générateur du précipité floconneux type. Nous avions cependant la conviction bien arrêtée dès lors, que nous étions en présence d'un cas d'échinocoque humain, de kyste hydatique probablement du foie. La chirurgie allait résoudre d'une façon indubitable, croyions-nous.

L'intervention chirurgicale fut confiée au réputé maître anversois le Dr Albin Lambote. Il la mena avec sa dextérité habituelle.

Quelle ne dut pas être notre surprise à tous de voir, le ventre ouvert, une vésicule et des conduits biliaires parfaitement sains et libres, mais à côté de cela, remplaçant en quelque sorte le lobe gauche du foie tout entier, une masse lobulée, dure, faisant corps avec le foie, à surface irrégulière, formée par des alvéoles, séparées de grosses travées conjonctives enchevêtrées de vaisseaux sanguins relativement volumineux, d'un aspect général gris sale, tranchant sur le blanc éclatant des travées de séparation et le bleu foncé des vaisseaux gorgés. Nous n'avions qu'un cri unanime : Cancer primitif du lobe gauche du foie. Le ventre immédiatement refermé, notre pronostic à tous était la mort fatale à bref délai.

On décida le traitement désespéré à l'atoxyl qui fut appliqué jusqu'à la limite de tolérance. Les suites opératoires semblaient devoir être extrêmement banales et la cicatrisation ne pas se faire beaucoup prier. La marche du mal semblait aussi vouloir prendre l'allure aiguë. Etat général périclitant presque d'heure en heure. Hyperthermie considérable, 40° à 41°.

Etat local du côté du foie également grave, mais du côté de la cicatrice jusque vers le septième jour, rien d'anormal. Pas une rougeur, pas une réaction de fil !

Brusquement à notre visite le matin, du 8e jour, alors que la veille au soir rien ne laissait encore localement soupçonner la moindre alerte, nous voyons à un des angles de l'incision poindre une légère tache blanche auréolée d'une rougeur inflammatoire vague. Un coup de lancette permit l'écoulement d'une quantité vraiment énorme, il y en avait bien deux litres, d'un liquide muco-purulent d'abord, franchement purulent et d'une fétidité effrayante ensuite. Au milieu de cette soupe épaisse, grumeleuse, nageaient une quantité non moins invraisemblable de corps ovoïdes, véritables œufs sans coquille, d'un volume variant entre celui d'une grosse tête d'épingle et celui d'au moins un gros œuf de pigeon, composés par une membrane extrêmement ténue et délicate empochant un liquide tantôt clair et cristallin dans lequel flottaient librement des flocons blancs de nacre à forme homologue, tantôt trouble et louche, ce liquide ne permettant pas alors de distinguer d'une façon aussi évidente les corps ténus en suspension. Au moindre choc, au moindre attouchement, ces œufs, roulant sur le lit à leur sortie du ventre, se rompaient et la difficulté fut grande pour en recueillir quelques spécimens entiers pour l'examen. Les plus grosses vésicules libres flottant dans le liquide mère (car il n'y en avait pas d'autres, ces centaines de vésicules n'avaient aucune attache ou adhérence avec la grande enveloppe kystique de la vésicule mère primitive ou kyste primitif) avaient une enveloppe transparente ; elles renfermaient dans leur intérieur une autre vésicule fille absolument homologue comme aspect et comme teneur, un filament que nous avons reconnu être le scolex et un liquide hyalin absolument transparent ; cette vésicule fille avait, quand elle était elle-même assez développée, la grosseur d'une bonne bille à jouer et renfermait fréquemment elle-même une vésicule petite-fille avec les mêmes caractères. Dans un cas même, nous en avons observé une (vésicule mère) du volume d'un petit œuf de poule, renfermant trois générations vésiculaires, fille, petite-fille, arrière-petite-fille. Aucune d'elles ne m'a semblé avoir la moindre attache avec sa génératrice, mais flotter librement dans son sein aqueux.

En général nous avons remarqué que l'aînée des vésicules filles renfermait encore des scolex,

mais dans aucun cas, nous n'avons *retrouvé* (et j'insiste sur ce terme, car il est possible, je n'ose pas dire probable, que c'est simplement la technique qui a été cause, avec notre manque d'expérience sur ce terrain peu ordinaire pour un simple praticien, qui a été cause, dis-je, que les scolex n'ont pas été aperçus) ; dans aucun cas, dis-je, nous n'avons retrouvé de scolex dans une vésicule petite-fille et surtout arrière-petite-fille, alors que régulièrement nous l'avons retrouvé dans toutes les vésicules mères et filles. Ce serait à partir des petites-filles que les vésicules seraient acéphalocystes.

Le liquide contenu dans les vésicules encore entières et closes à leur sortie de la poche primitive rompue était absolument limpide et clair ; dans aucune d'elles nous n'avons constaté la plus légère coloration ou teinte louche d'origine biliaire. Par contre, le liquide qui prétendûment occupait le kyste primitif ou la vésicule initiale était manifestement purulent, grumeleux, par l'infection surajoutée opératoirement sans doute, et présentait aussi d'une façon flagrante au milieu de son aspect trouble la couleur jaune verdâtre de la bile que des ruptures ulcératives des canaux biliaires avaient déversée là, pathologiquement.

Aucun examen, ni analyse biochimique de ce liquide ne fut plus possible. L'odeur réellement infecte qui dégageait son issue à l'extérieur était insupportable pour tous ceux qui approchaient la malade. Elle-même nous dit encore maintenant que c'est cette odeur qui lui a laissé, de toute sa maladie, l'impression la plus mauvaise. L'écoulement de ce liquide dura plusieurs jours. Mais dès le premier jour il apparut, à l'orifice spontané d'ouverture, un bourbillon fibreux qui, attiré par ma pince à l'extérieur, était une membrane épaisse de deux travers de doigt, grande, étalée comme un mouchoir, à surface extérieure lisse, blanc grisâtre sale, pavimentée pas des travées fibroïdes et des lacets veineux bleuâtres ; nous avons immédiatement reconnu qu'il s'agissait de la membrane extérieure de notre tumeur cancéreuse ! aperçue à l'emplacement du lobe gauche du foie lors de l'intervention chirurgicale. Chaque pavimentation était la répétition bien exacte des alvéoles bosselées, dures, pierreuses que nous avions explorées au doigt, lors de la laparotomie. Puis la membrane intérieure à aspect jaune graisseux, villeux, qui, elle, semble occuper les trois quarts de l'épaisseur de la paroi du kyste. Cette surface intérieure donne à un très haut degré la réaction du glycogène par la gomme iodée. Cette membrane interne semblait aussi être vaguement différenciée en loges alvéolaires. Ici aussi nous n'avons pu découvrir la moindre trace de pédicule, pas plus que du côté des vésicules intérieures. Les scolex examinés nous ont donné aussi nettement la réaction iodée du glycogène ; par contre la cuticule ne nous a jamais fait entrevoir la moindre réaction de ce genre.

La malade mit quelques semaines à se refaire elle suppura longtemps, émettant surtout dans les premiers temps de son opération encore quelques vésicules petites et, pendant une période de 2 mois, elle laissa suinter par la fistule un peu de bile et un peu de muco-pus.

Elle est rentrée à mon service avec une santé fortement ébranlée, mais capable encore de surveiller les autres domestiques, ce qui, pour un bon et vieux serviteur comme elle, nous donne pleine satisfaction. Je suis du reste d'autant moins confiant dans sa guérison réelle que le laboratoire aussi favorise mon scepticisme : son éosinophilie reste à un taux élevé. Sa réaction sérique de Weinberg reste positive franchement ; or, voilà cinq mois que l'opération a été faite. Du reste, je le répète, les syndromes cliniques ne nous tranquillisent pas du tout sur le sort du lobe droit. La crainte fondée nous reste que les échinocoques, après s'être attaqués au lobe gauche, s'en prennent au lobe droit.

Quel genre de kyste avons-nous eu devant nous ? Incontestablement un kyste échinococcique du foie, oserions-nous dire, malgré que les apparences extérieures, aspect cancéreux vrai, membranes épaisses de tissu conjonctif circonscrivant les bourgeons, délimitant les alvéoles, tumeur massive, sessile, sans aucune pédiculisation, plaident pour la rarissime forme du kyste alvéolaire ; cependant d'un côté son exclusion catégorique par les maîtres compétents de nos régions, ses caractères zoologiques spécifiques de l'échinococcose alvéolaire si magistralement établis par Dévé et autres, nous font hésiter bien sérieusement dans notre étiquette à apposer.

Il se pourrait plutôt que nous nous trouvions devant un kyste hydatique échinococcique vulgaire qui, triste victime du corset, s'est vu obligé de s'accoler malgré lui à la surface du foie et de contracter avec lui, par voisinage forcé, des adhérences inflammatoires qui lui ont petit à petit fait acquérir l'aspect bâtard que nous lui avons trouvé à l'opération. La malade, très forte, voulant, par un reste de coquetterie, se donner une taille fine, eut ainsi de cette façon une forme de kyste peu ordinaire ! !

Il nous reste à signaler une autre, particularité digne, me semble-t-il, de fixer un moment l'attention. Il y a un an environ, je fis, sur les conseils d'un de mes amis, vétérinaire très expérimenté, tuer mon chien pour une échinococcie grave et ancienne. Ce chien, déjà vieux, était le compagnon inséparable de ma vieille cuisinière. Elle avait pour cette bête de tels égards que je dus en secret, malgré qu'elle le savait très malade et incurable, le faire tuer et lui faire croire à une mort naturelle. Ce chien passait des heures entières sur ses genoux, sur son lit, mangeait à côté d'elle, en un mot il me semble que cette coïncidence pathologique peut être plus qu'une vulgaire coïncidence et que nous nous trouvons bel et bien en présence d'une corrélation pathogénique. (1)

REVUE D'HYGIÈNE

Désinfection des appartements par l'ammoniaque

La technique à suivre est la suivante :

La pièce à désinfecter est hermétiquement close. On y laisse évaporer spontanément de l'ammoniaque ordinaire, placé dans des vases plats (des cuvettes de photographies, par exemple), posés sur le parquet.

Le Dr Riegler, à l'Institut hygiénique de Budapest, désinfecta ainsi une chambre de 100 mètres cubes avec un kilogramme d'ammoniaque. L'évaporation fut de 250 grammes au bout d'une heure et de 450 grammes après huit heures.

Des tissus imprégnés de microbes divers, soumis à ce mode de désinfection et examinés ensuite, ont permis d'établir les résultats suivants :

Les bacilles du choléra et de la fièvre typhoïde sont tués au bout de deux heures, la bactérie et les spires du charbon en moins de trois heures, le bacille diphtérique après huit heures.

Ce procédé très efficace n'altère ni les meubles, ni les tentures.

(1) Soc. de pathologie comparée.

LA DIMINUTION DES NAISSANCES A PARIS

Jamais les naissances n'ont été si peu nombreuses. En 1861, avec 1.696.141 habitants on comptait 53.570 naissances. En 1912, pour une population de 2.870.000, il n'y a plus que 48.230 naissances.

La proportion des naissances qui était en 1910 de 18 p. 1.000 est tombée à 16.4 p. 1.000 en 1912 !

CARNET DU PRATICIEN

Contre la maigreur

1° Cure de repos débutant par un séjour prolongé au lit de deux à trois semaines et suivie d'une période d'entraînement musculaire progressif et soigneusement dosé. Prescrire aussi des bains, des douches tièdes et le massage général ;

2° Régime alimentaire : réaliser une suralimentation méthodique portant simultanément sur les albuminoïdes, les graisses et les hydrates de carbone. Calculer le régime en calories d'après le poids que devrait avoir le sujet et non d'après celui qu'il a réellement. Tenir compte des capacités digestives.

Comme aliments supplémentaires à ajouter au régime normal, on recommandera avec avantage l'usage de la viande pulpée, du lait, de la crème fraîche, du beurre non cuisiné ; le sel sera donné en quantité assez élevée, car, outre qu'il augmente la sécrétion gastrique et de ce fait excite l'appétit, il paraît favoriser la fixation de l'eau et de la graisse dans les tissus. Les boissons ne seront pas rationnées, mais seront prises suivant le goût du sujet.

3° Pour combattre l'anorexie qui s'oppose souvent à l'ingestion d'une quantité suffisante d'aliments, on fera prendre une demi-heure avant chacun des trois repas, dans un peu d'eau, une cuillerée à café de la mixture :

Teinture de noix vomique...	10 grammes
Teinture de columbo........	25 —
Teinture de gentiane........	25 —
Teinture de condurango.....	60 —

Continuer quinze jours, puis suspendre et substituer la préparation suivante :

Tannate d'orexine .... 0 gr. 30

pour un cachet, à prendre une demi-heure avant les deux principaux repas pendant une semaine. Revenir ensuite à la préparation précédente.

En même temps, ne pas négliger le traitement psychothérapique et au besoin, prescrire l'isolement momentané et, dans les cas sévères, recourir au gavage à la sonde ;

4° Chercher à améliorer la nutrition en facilitant l'assimilation ou en modérant la désassimilation ; à cet effet, prescrire l'huile de foie de morue, administrée pendant les mois d'hiver à la dose quotidienne d'une à trois cuillerées à soupe le matin à jeun et surtout des préparations arsenicale et phosphorée.

Arséniate de soude............	0 gr. 05
Métavanadate de soude........	0 gr. 03
Elixir de Garus...............	60 gr.
Eau distillée........ q. s. p.	300 cc.

une cuillerée à dessert un quart d'heure avant les deux principaux repas pendant cinq jours ; suspendre trois jours et recommencer.

Ou encore :

Cacodylate de soude...........	0 gr. 50
Eau distillée et stérilisée......	10 gr.

Faire tous les deux jours une injection sous-cutanée d'un centimètre cube ;

Ou mieux : 8 pilules de Globéol par jour, 3 semaines par mois.

5° Enfin, administrer de la lécithine, soit par voie buccale en pilules de cinq centigrammes, dont on donne quatre à six par jour, soit surtout par voie sous-cutanée, sous formes d'injections huileuses.

Lécithine....................	1 gr.
Huile d'olive stérilisée.........	20 cc.

Injecter tous les jours un centimètre cube.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE

CHEMINS DE FER D'ORLÉANS

VOYAGES DANS LES PYRENEES

TARIF G. V. n° 105 (ORLÉANS)

La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des Billets d'excursions comportant les trois itineraires ci-après, permettaut de visiter le Centre de la France et les Stations balnéaires des Pyrénées et du Golfe de Gascogne.

1er ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 164 fr. 50, 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de-Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Pnyôo-Bayonne Dax, ou Puyôo-Dax, Bordeaux, Paris.

2e ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 163 fr. 50; 2e cl. 122 fr. 50. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarhes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montanhan-Cahors-Limoges on viâ Figeac-Limoges).

3e ITINÉRAIRE. — Prix des hillets : 1re cl. 164 fr. 50; 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne-Pnyôo-Pau ou Pnyôo-Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges on viâ Figeac-Limoges).

CHEMINS DE FER DU MIDI

BILLETS DE FAMILLE POUR LES STATIONS THERMALES et Balnéaires des Pyrénées

Billets délivrés toute l'année dans les gares des réseaux du Nord (Paris-Nord excepté), de l'Etat, d'Orléans, du Midi et de Paris-Lyon-Méditerranée suivant l'itinéraire choisi par le voyageur et avec les réductions suivantes sur les prix du tarif général pour un parcours (aller et retour compris) d'au moins 300 kilomètres: Pour une famille de deux personnes 20 0/0; de trois personnes, 25 0/0; de quatre personnes, 30 0/0; de cinq personnes, 35 0/0; de six personnes ou plus, 40 0/0.

Exceptionnellement pour les parcours emprnntant le résean de Paris-Lyon-Méditerranée, les billets ne sont delivrés qu'aux familles d'au moins quatre personnes et le prix s'ohtient en ajontant au prix de six billets simples ordinaires, le prix d'un de ces billets pour chaque membre de la famille en plus de trois.

Durée : 33 jours, non compris les jours de départ et de l'arrivée.

Faculté de prolongation moyennant supplément de 10 0/0.

Avis. — Un livret indiquant en détail les conditions dans lesquelles peuvent être effectués les divers voyages d'excursions de famille, etc., sera envoyé gratnitement à toute personne qni fera parvenir la demande au Service commercial de la Compagnie, 54, houlevard Hausmann, à Paris (9e arrondissement), le montant du livret, soit 0 fr. 25.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et l'Italie PAR LE MONT-CENIS

ALLER (départ de Paris) : 2 h. 30 soir, V.-L. ; L.-S. ; 1re et 2e classes jnsqu'à Turin.

ALLER : 10 h. 30 soir, V.-L.; 1re et 2e jusqu'à Rome. L.-S. jusqu'à Modane.

RETOUR (départ de Rome) : 9 h. 15 soir, V.-L.; 1re et 2e classes depuis Turin ; L.-S. ; 1re classe, depuis Modane.

RETOUR : 8 heures matin, V.-L.; L.-S.; 1re et 2e classes depuis Turin ; V.-R. depuis Dijon.

RETOUR : 2 h. 40 soir, 1re et 2e classes depuis Rome.

De Paris à Guernesey et vice-versa : Billets valahles par Granville et billets simples valables sept jours : 1re cl. 51,75, 2e cl. 34,90, 3e cl. 26,15; billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 70,40, 2e cl. 47,25, 3e cl. 36; Billets valables par Granville et Saint-Malo, permettant d'effectuer l'excursion du Mont Saint-Michel comprise dans le prix du hillet (itineraire : Paris-Granville, Jersey, Guernesey, Saint-Malo, Pontorson, Mont Saint-Michel, Paris ou inversement): hillets d'aller et retour valables nn mois : 1re cl. 84,35, 2e cl. 56,10, 3e cl. 43,70; billets valables par Cherbourg et Aurigny et billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 81,40, 2e cl. 57,40. 3e cl. 41,75.

Durée de validité : 30 jours (non compris le jour du départ) avec faculté de prolongation.

Les billets du parcours additionnel ci-dessus penvent être demandés, soit au commencement du voyage, en même temps que le billet circulaire, soit à Toulouse-Matabian, au moment du passage dans cette gare.

VARIÉTÉS

Guérisons par le Rire

La *France Médicale* reproduit ce curieux extrait recueilli par M. Françis Pérot (de Moulins) :

Pendant que Henri IV s'occupoit à réduire les ligueurs, le duc d'Angoulême, fils naturel de Charles IX, qui suivoit l'armée du Roi, attaqué depuis quelques jours de la fièvre, sentit redoubler son mal, et fut obligé de rester à Meulan. Son médecin désespéré avoit prononcé : *non vacat pericule*, et comme le malade entendoit tout, et que celui-ci savoit le latin, il fut averti de son état, et demanda aussitôt de se confesser. Sa confession finie, les médecins déclarèrent aux domestiques du Prince qu'il n'y avait qu'un seul moyen pour sauver leur maître, c'était le faire rire.

Pour opérer cette guérison, le secrétaire du duc d'Angoulême, son intendant, deux personnages âgés de chacun soixante ans, et son capitaine des Gardes, vieux militaire d'un extérieur très grave, se présenteroient devant le lit de leur maître entièrement vêtus de blanc, le capitaine qui étoit au milieu frappoit alternativement sur les joues de ses voisins qui avoient chacun sur la tête un bonnet rouge avec des plumes de coq, et qui tâchoient l'un après l'autre de lui abattre son chapeau de forme ridicule. A la vue de cette scène burlesque, le duc malade éclata de rire, saigna du nez abondamment et éprouva une si grande révolution qu'au bout de deux heures il se sentit soulagé. La fièvre qui le tourmentoit depuis vingt-deux jours diminua sensiblement et, six jours après, il fut en état de se faire transporter en litière à la campagne où il acheva de se guérir.

Cette aventure rappelle celle du cardinal qui étant sur le point de mourir aperçut son singe qui se couvroit la tête de son chapeau de cardinal. Le rire que lui causa cette singerie produisit dans ses organes un effort qui opéra sa guérison.

Le 2 février 1786, une guérison à peu près aussi singulière a été opérée à Châteaudun sur la personne du R. P. Victor Bernard, ex-gardien du couvent des Récollets.

Ce religieux étoit ce jour-là regardé comme mort, cependant son médecin ne pouvant croire que le principe de la vie fut entièrement éteint frotta les tempes du malade avec des eaux de senteur, lui fit avaler un peu de vin d'Espagne. Aussitôt au grand étonnement des spectateurs, le religieux fit quelques mouvements et articula quelques sons, il restoit toujours dans une espèce de sommeil léthargique.

L'après-midi du même jour, le médecin fit entrer dans l'infirmerie ou étoit le malade, deux personnes qui savaient jouer du violon, et qui exécutèrent différents airs ; un habitant de la ville et un Révérend père Récollet du convent, âgé de 72 ans, se mirent à danser au son des instruments devant le lit. Le chien du médecin dansoit aussi de son côté. Cette musique et la vue de ce singulier ballet réveillèrent le moribond et le firent rire : depuis ce moment, sa santé s'est rétablie, et, pen de temps après, il a été en état d'annoncer lui-même au public son entière guérison.

In *Centre médical*, 1er mars. *Extrait des Singularités historiques par T. A. D. Londres et Paris*, 1788, *in-16, rare ouvrage de Dulaure, S.* 92-94.

ÉCHOS

Concours de médecin de colonisation pour l'Algérie.

Un concours pour le recrutement de quatre médecins de colonisation sera ouvert le 17 novembre 1913, à Alger (faculté de médecine), à Paris (Offic de l'Algérie) et à la préfecture des villes possédant de facultés ou écoles de médecine.

Les médecins de colonisation sont répartis en sept classes qui correspondent à des traitements variant entre 3.000 francs et 6.000 francs. Un règlement actuellement à l'étude tend à porter à 3.500 francs le traitement du début.

En dehors de leur traitement et de la clientèle payante, ces médecins reçoivent une indemnité de logement de 500 francs, portée à 800 francs au nouveau projet de règlement, à défaut du logement en nature, et, éventuellement, des allocations fixes ou variables pour le service des infirmeries indigènes, consultations gratuites aux indigènes, vaccinations, transports judiciaires, chemins de fer, etc.

Pour tous autres renseignements, s'adresser à la direction de l'intérieur, 2e bureau, du gouvernement général de l'Algérie.

Les demandes d'admission au concours devront parvenir au gouvernement général avant le 17 octobre 1913.

Les religieuses et les cliniques privées.

M. Dubled, député de Lille, a posé la question suivante à M. le Ministre de l'Intérieur « que certaines religieuses non autorisées, et en conséquence parties en Belgique, sont rentrées en France et dirigent, dans le département du Nord, des cliniques médicales particulières où elles habitent, et demande : 1° si une clinique médicale privée peut être autorisée à employer des sœurs dans ces conditions ; 2° si elle doit faire une demande à la préfecture ; 3° si elle est simplement tolérée. ».

Réponse. — Une clinique médicale privée qui veut employer des religieuses ne peut régulièrement faire appel au concours de celles-ci qu'après avoir obtenu l'autorisation de créer un établissement congréganiste. Cette création ne peut être réalisée que sous la double condition.

1° Que la clinique dépende d'une œuvre reconnue comme établissement d'utilité publique ;

2° Que les sœurs appartiennent à une congrégation autorisée.

Les cliniques médicales instituées par des œuvres non reconnues d'utilité publique ou par des particuliers ne peuvent, en droit, faire appel au concours des religieuses.

Néanmoins depuis plusieurs années, un assez grand nombre de cliniques sont, en fait, desservies, par des congréganistes. La plupart d'entre elles ont sollicité de l'administration une autorisation qu'il n'a pas été possible de leur donner.

Cependant dans l'intérêt des malades et jusqu'à ce que les écoles d'infirmières aient pu assurer un recrutement suffisant, le Gouvernement a dû user de tolérance envers ces groupements congréganistes irréguliers. Saisi de la question par les groupements professionnels médicaux et par le groupe médical parlementaire, il a, d'ailleurs, mis à l'étude un projet de loi qui sera déposé très prochainement devant le Parlement et qui a pour but de régler définitivement la situation des établissements congréganistes ou service des cliniques privées.

L'A.P.M. à la Sorbonne. Les médailles.

Récemment a eu lieu à la Sorbonne, au Grand Amphithéâtre Richelieu, la distribution annuelle des récompenses de l'Association Internationale de Perfectionnement Scientifique et Médical (A. P. M.), patronnée par le Gouvernement Français. Ce fut une grande solennité.

M. Louis Barthou, Président du Conseil des Ministres, retenu au dernier moment par l'importance des débats du Parlement, avait délégué pour présider à sa place M. Joseph Thierry, ministre des Travaux Publics. A la tribune, dont le service d'honneur était assuré par la Garde Républicaine, et dans l'hémicycle, le Ministre était entouré par MM. J.-A. Etienne Bazot, Président de l'A. P. M., Baron de Woelmont, Grand Maître de la Cour, Envoyé Spécial de S. M. La Reine des Belges, professeur Armand Gautier, Membre de l'Institut, Baron de Ripperda, représentant le professeur Ehlers, professeur Gilbert, de l'Académie de Médecine, Vice-Président de l'A.P.M., Médecin Inspecteur Troussaint, directeur du Service de Santé de l'Armée, représentant le Ministre de la Guerre, Dr Mosny, de l'Académie de médecine, Vice-Président de l'A.P.M., Bradier représentant le Ministre des Affaires Etrangères, pharmacien principal Corneau, représentant le Ministre de la Marine, Chevance, représentant le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale, professeur Dechambre, de l'Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort, professeur agrégé Jeanselme, médecin de l'Hôpital Broca, Commandant Burgiard, représentant le Gouverneur Militaire de Paris, Dr G. Bardet, du Collège de France, Vice-Président de l'A.P.M., Dr Maréchal, Maire de Paris, membre du Conseil Central de l'A.P.M., Dr F. Cathelin, chirurgien en chef de l'hôpital d'Urologie, Vice-Président de l'A.P.M., médecin en chef de la Marine Girard, professeur Beauvisage, sénateur, Soussial, député, Dr Cb. Levassort, Secrétaire Général de l'A.G. des Médecins de France, Vice-Président de l'A.P.M., professeur Lucet, du Muséum et de l'Académie de Médecine, professeur Henriot, de l'Académie de Médecine, Dr Raoul Blondel, Membre du Comité Scientifique de l'A.P.M., professeur Moussu, de l'Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort, médecins principaux Mercier, Vice-Secrétaire Général de l'A.P.M., Camentron, Millet, Pech, Dr Roussy, du Collège de France, Dr Bêchir Dinguizli, médecin en chef de la municipalité de Tunis; médecins-majors Consergne, Guilhaumon, Conte, Vigné, le Conservateur Paul Juillerat, Archiviste Adjoint de l'A.P.M., l'hygiéniste Marie-Davy, le Juriste Drugeon, Médecin-Major de l'Armée Roumaine N. Guirea ; de nombreux membres du Conseil Central, parmi lesquels les Drs Ghislain Houzel, Secrétaire Général de l'A.P.M., A. Blind, Trésorier Général, Casse et Guilhaud, Secrétaires, Adrien Bazot, bibliothécaire-archiviste, Bufnoir, Dufestel, Fillassier, Loir, Petit, Raimondi, Richard-Lesay, Ripert, Tollemer, et M. H.-G. Richter, vice-secrétaire général et commissaire général de la séance.

Le Ministre, après avoir excusé l'absence si justifiée de M. le Président du Conseil Barthou, donna immédiatement la parole au Président J.-A. Etienne Bazot pour la distribution des récompenses de l'A.P.M. Les médailles d'Honneur furent remise : celle du « Bien Social » à S.M. la Reine Elisabeth de Belgique, pour ses œuvres sociales et en mémoire de son regretté père le célèbre ophtalmologiste duc Charles-Théodore de Bavière ; celle de la « Valeur Scientifique» au grand savant français Armand Gautier, dont les travaux sont connus et hautement appréciés dans l'univers entier ; celle de l'A.P.M. au Professeur Ehlers, de Copenhague, syphiligraphe éminent et grand ami de la France. Les autres médailles de l'Association furent décernées à MM. le Dr Cb. Legendre, secrétaire-général honoraire, professeur agrégé Jeanselme, Dr Desternes et Adrien Loir. Après la remise de chaque Médaille d'Honneur, la Musique militaire a exécuté l'Hymne National du Récipiendaire qu'à chaque fois l'assistance tint à écouter debout et ovationner très vivement. De touchantes allocutions furent dites par MM. le Baron de Woelmont au nom de S. M. la Reine des Belges, le professeur Armand Gautier, et le baron de Ripperda au nom du professeur Ehlers.

M. Joseph Thierry prononça un discours très remarquable, maintes fois coupé de chaleureux applaudissements : après avoir rappelé que la France, qui a donné au monde Pasteur et son digne élève Emile Roux, Président d'Honneur de l'A.P.M., reste et demeure à la tête du mouvement scientifique et médical, et salué les grands lauréats de l'association, il insista sur le programme et le rôle de l'A.P.M ; *« trait d'union entre les savants et les travailleurs scientifiques de toutes les nations, bel effort de vulgarisation mondiale d'où naîtra plus de science, plus de « lumière, pour le plus grand profit et la plus grande « gloire de la fraternité humaine. »*

Puis, au nom du Gouvernement de la République, manifestant ainsi une fois de plus son bienveillant et sympathique intérêt à l'Association, le ministre remit les décorations suivantes à quelques sociétaires dont le dévouement bien connu à l'œuvre de l'A.P.M. mérite tous les éloges : palmes d'Officier de l'Instruction publique, Dr Bégue ; palmes d'Officier d'Académie, Dr Henri Français ; croix de Chevalier du Mérite agricole, Drs Ghislain Houzel et Guilhaud, M. H.-G. Richter ; médaille d'argent de la Mutualité, Dr Adrien Bazot ; médaille de bronze de la Mutualité, Dr Cb. Legendre, Cb. Levassort, Loir, M. E. Haran.

La soirée, qui peut compter parmi les meilleures à l'actif de l'A.P.M., se termina scientifiquement par deux communications du plus haut intérêt du Dr Mosny, sur *l'Hygiène Publique et la Déclaration des Maladies Transmissibles*, et du Professeur Dechambre, sur *Animaliculture et Hominiculture*, sujets d'une frappante actualité traités l'un et l'autre avec le plus grand talent.

On pourra lire d'ailleurs le compte rendu complet de cette cérémonie dans le n° 66 de *Scientifica*, revue officielle de l'Association.

Un nouveau confrère.

Nous venons de recevoir les premiers numéros du *Journal de l'hygiène et de la santé publique* qui doit paraître régulièrement les dix et vingt cinq de chaque mois.

Tous nos vœux à ce nouveau confrère qui a pour secrétaire général M. le Dr Sigaut et pour administrateur M. Rey.





34e Année (Série XIIIe) — No 213 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 3 Septembre 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 3 Septembre 1913

ÉCHOS

Instituteurs, mariage et union libre.

Le section de l'Intérieur, des Cultes, de l'Instruction publique et des Beaux-Arts du Conseil d'Etat fut dernièrement consultée par le ministre de l'Intérieur sur la question de savoir si, lorsqu'un instituteur est marié avec une institutrice exerçant dans la même commune, celle-ci doit à chacun d'eux une indemnité distincte de logement ou si elle n'est tenue de leur payer qu'une indemnité calculée conformément aux prescriptions des articles 1 et 2 combinés du décret du 20 juillet 1894. Elle vient d'émettre un avis d'après lequel « la commune peut se considérer n'être débitrice que d'une indemnité à l'égard d'un instituteur et d'une institutrice mariés ensemble et exerçant dans la même commune. »

Les conséquences de cet avis font observer la *Gazette des Hôpitaux* sont des plus curieuses. Un jeune instituteur et une institutrice vivaient dans l'union libre; ils recevaient chacun une indemnité de logement. Mais ils viennent à régulariser leur situation par le mariage. Aussitôt l'indemnité versée à l'institutrice disparait. Devant cette situation désavantageuse créée par l'avis du Conseil d'Etat, les époux divorcent. Le mari prit tous les torts à sa charge, et l'enfant, née du mariage, fut confiée à sa mère. De ce fait, l'institutrice reçut une indemnité de logement supérieure en raison de sa situation ; de son côté l'instituteur conserva la sienne. Les anciens époux se retrouvèrent à nouveau dans l'union libre avec des indemnités supérieures! N'est-ce pas là un moyen de favoriser l'union libre, et par suite, un peu la dépopulation.

Un musée d'hygiène à Rio-de-Janeiro

Un musée d'hygiène vient d'être installé à Rio-de-Janeiro dans les bâtiments de l'Office sanitaire brésilien. Il a pour objet de familiariser la population brésilienne avec les grandes questions d'hygiène et avec ce qu'il lui importe de connaître, au sujet des maladies les plus répandues. Entre autre, des notices renseignent le public sur les mesures à prendre pour se préserver de la fièvre jaune et de la malaria

La Médication révulsive dans la vieille Médecine

La médication revulsive est loin d'être nonvelle. Les anciens la pratiquaient couramment et nos anciennes pharmacopées sont remplies de recettes pour son application.

C'est ainsi, par exemple, que Renou, dans ses *Œuvres pharmaceutiques* (1) s'étend longuement sur le sinapisme dont il indique les modes de préparation, rappelant à son sujet les noms des anciens thérapeutes Oribase et Ætius.

« Le sinapisme est une espèce de cataplasme car la consistance de l'un et de l'autre est quasi semblable : mais néanmoins leurs vertus sont grandement différentes : ear toutes celles du sinapisme tendent à ce qu'elles sont chaudes et attractives, et celles du cataplasme sont non seullement chaudes, mais aussi bien souvent froides, remollitives, cholastiques et destinées à plusieurs autres maladies de diverse nature.

« Or, Oribase parlant des sinapismes au chap. 13e du 10 livr. dit qu'on n'a pas accoustumé de se servir d'iceux ès maladies aiguës, non plus qu'ès fièvres hectiques et colliquatives, mais qu'on les doit employer ès léthargies, assoupissemens, paralysies, et autres telles maladies, à fin que par le moyen d'iceux la faculté endormie, et la chaleur naturelle soient esveillez, et l'humeur superflue insensiblement dissipée.

« Le mesme Oribase enseigne la façon de composer le sinapisme, aussi bien qu'Ætius lequel en parle ainsi. Il faut premièrement (dit-il) faire infuser de figues sèches dans l'eau tiède l'espace d'un jour, puis le jour suivant les ayant vivement exprimées, on les doit piller roidement dans un mortier de marbre ; en après on pulvérisera à part de graine de moustarde la plus picquante qu'on trouvera, meslant avec icelle quelque peu de l'eau qui sera restée après l'infusion desdites figues pourvu toutefois que ce soit goutte après goutte, à celle fin que ladite moustarde se puisse mieux préparer gardant bien de rendre le meslange trop fluide et aqueux. Ce qu'estant faict il faudra réduire en masse les figues et la moustarde une chacune d'icelles à part, et lorsque l'on désirera composer un sinapisme violent, on meslera une portion desdites figues sur deux parties de moustarde préparée comme dessus ; que si on le soubaite médiocrement actif, on meslangera ces deux médicamens par esgales portions, comme aussi on pourra adiouster une once de moustarde sur deux onces desdites figues si on désire composer un phœnigme foible et de petite opération. Nos pharmaciens ont accoustumé de mesler de vinaigre dans leurs sinapismes, mais il trouve qu'ils ne font bas bien, d'autant que le vinaigre dissipe grandement la vertu de la moustarde, et la rend par conséquent beaucoup moins efficacieuse. An reste, quand on se voudra servir du sinápisme, il le faudra premièrement enfermer dans du linge puis l'appliquer sur la partie malade, et le visiter de temps en temps pour recognoistre si la rougeur qu'il a excitée en ladite partie sera telle que nous demandons : mais le temps requis pour son seiour ne se peut pas bonnement déterminer, à cause de sa diverse composition et activité. Et arrivant qu'après avoir séiourné long-temps sur quelque partie, il ne monstre point sa vertu en n'excitant aucune rougeur, n'y autre changement de couleur en icelle, en ce cas-là, il faudra fomenter ladite partie avec d'esponges imbuës d'eau tiède, à celle fin de faire mieux pénétrer la vertu du sinapisme dans la substance d'icelle : car si ledit sinapisme doit faire son opération en attirant les excréments de ladite partie en la superficie du corps, il doit sinon ulcérer, à tout le moins rubifier ou rendre rouge ladite partie, car c'est principalement à l'occasion de cest effect qu'on l'appelle phœnigme, c'est-à-dire rubrifiant.

« Finalement, après que le médecin aura veu l'opération entière dudit sinapisme en son malade, il le fera entrer dans le bain à la sortie duquel il commandera de luy oindre la partie sinapisée avec d'huile rosat.

(1) Les œuvres pharmaceutiques du sieur Jean de Renou, conseiller et médecin du Roy à Paris... Traduites par M. Louys de Serres dauphinois, docteur en médecine et agrégé à Lyon. A Lyon, chez Antoine Chard, rue Merciere à l'enseigne du Saint-Esprit, M.DC, XXVI. Avec privilège du Roy.

Le Suicide et les Mœurs

En Angleterre le suicide fait l'objet d'une instruction régulière, qui est suivie de jugement. Il en va de même en Suisse, en Autriche, en Allemagne, en Russie, aux Etats-Unis. Dans l'islamisme, enfin, les prohibitions du Prophète sont toujours en vigueur. « L'homme, enseigne le Coran, ne meurt que par la volonté de Dieu, d'après le livre qui fixe le terme de sa vie. » Et encore : « Nous avons arrêté que la mort vous frappe tour à tour et nul ne saurait prendre le pas sur nous. Acte d'insubordination et de révolte, se donner la mort paraît d'autant plus grave aux musulmans que leur religion est toute de résignation et de soumission à la volonté divine.

Défendu, le suicide a été pendant longtemps puni. Il l'est encore dans un grand nombre d'Etats. A Athènes, celui qui s'était tué sans permission était frappé d'*alimia* ; les honneurs de la sépulture lui étaient refusés, on coupait la main du cadavre et on l'enterrait à part. Il en allait pareillement à Thèbes, à Sparte et à Rome. Tarquin le Superbe, pour combattre une épidémie de suicides, aurait ordonné, dit-on, de mettre en croix les corps des suicidés et de les abandonner aux bêtes sauvages. Avec le christianisme, enfin, les pénalités s'aggravèrent. Non seulement on décida au concile de Prague de 563 que les suicidés ne seraient bonorés d'aucune commémoration dans le saint-sacrifice de la messe et que le chant des psaumes n'accompagnerait pas leur corps au tombeau », mais les établissements de Saint-Louis stipulent, en outre, que leurs biens échapperont aux héritiers pour revenir au baron. Plusieurs coutumes ajoutèrent à ces prescriptions différents supplices *post mortem*. « A Bordeaux, écrit Garrison, le cadavre était pendu par les pieds ; à Abbeville, on le traînait sur une claie par les rues ; à Lille, si c'était un homme, le cadavre, traîné aux fourches, était pendu ; si c'était une femme, brûlé. » A partir de Louis XIV, ainsi qu'il appert de l'ordonnance criminelle de 1870, une condamnation était prononcée *ad pertetuam rei memoriam* ; le corps était tiré, face contre terre, à travers les rues et les carrefours pour être ensuite pendu ou jeté à la voirie. Les biens du suicidé étaient confisqués : noble, il était déchu. En Angleterre, il fut déclaré félon, jusqu'en 1870 et ses biens acquis à la couronne. Aujourd'hui encore, en Russie, son testament est annulé. En Espagne, son héritage est confisqué. Dans l'Etat de New-York, enfin, toute tentative de suicide est punie d'un emprisonnement qui peut aller jusqu'à deux ans ou d'une amende qui peut atteindre deux cents dollars. »

L'Epreuve du breuvage rouge

Ceci — qu'on se rassure — se passe non en France, mais au Dahomey. C'est à cette épreuve que les féticheurs recourent pour faire avouer, lorsqu'ils nient, la femme adultère ou le voleur.

M. Solichon, dans la *Revue indigène*, en donne cette pittoresque description :

Revêtu d'un costume bizarre, convert de guenilles disparates, d'ossements et de crânes d'oiseaux, de peaux de petits animaux, le chef orné de plumes d'aigle, de toucan ou de corbeau, le visage sillonné par des raies faites avec de l'ocre et de l'argile blanche qui lui donnent un aspect démoniaque, le chef féticheur se livre à une mimique et à une danse désordonnées ; prononçant des onomatopées bizarres, il décrit sur le sol des caractères inconnus pour le profane, puis il invoque le fétiche qui doit apporter la lumière dans ce débat silencieux, et il procède an rite préparatoire qui consiste à asperger le patient avec des médicaments indigènes préparés par ses soins.

Le féticheur présente une calebasse emplie d'une décoction rougeâtre obtenue par une essence tinctoriale mélangée avec des simples, et il ordonne à l'inculpé de boire ce singulier breuvage ; il prononce en même temps les phrases rituelles :

Si tu es coupable,
Le fétiche par moi invoqué
Héviopo (tonnerre), Sakpata (petite vérole),
Loko, Toffo on Agboê te fera mourir ici même.

M. Solichon nous affirme que l'administration pour sa part, n'a jamais recours à ce genre de « question ». Elle est en effet un pen barbare..., d'autant plus que la mort du coupable suit ordinairement l'absorption du breuvage rouge.

CE QUE L'ON FUME DANS LE MONDE ENTIER

C'est à deux milliards et demi de francs que l'on évalue le commerce mondial du tabac.

Les plus grandes exportations se répartissent annuellement en : 611 millions de francs pour les Etats-Unis ; 504 millions pour Cuba ; 368 millions pour les Indes hollandaises ; 112 millions pour l'Angleterre ; 106 millions pour le Brésil ; 56 millions pour la Hollande ; 44 millions pour l'Egypte ; 40 millions pour l'Autriche-Hongrie ; 24 millions chacun pour l'Allemagne, la Chine et le Mexique ; 20 millions pour la France et 20 millions pour l'Algérie ; 17 millions pour le Japon ; 12 millions pour les Indes et la Suisse ; 8 millions pour l'Italie.

C'est Cuba qui occupe la première place pour le tabac manufacturé, avec une exportation annuelle de 208 millions de francs. Viennent ensuite : l'Angleterre avec 96 millions, les Etats-Unis avec 46, la Hollande avec 40, l'Egypte avec 37, l'Allemagne et le Brésil avec 24 chacun, la France avec 20, le Japon et l'Autriche-Hongrie avec 16 chacun, l'Algérie avec 12, et l'Italie, l'Inde et la Belgique avec 8 millions chacune.

Quant à l'importation, la tête de la statistique est tenue par l'Allemagne avec 560 millions, les Etats-Unis avec 480 millions, l'Angleterre avec 400 millions, l'Autriche-Hongrie avec 160 millions, etc.

Action de la viande sur la Glycosurie chez les diabétiques, sans dénutrition

par M. le Docteur Marcel Labbé
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

L'action du régime carné sur la glycosurie des diabétiques a donné lieu à de nombreuses discussions. Tandis que les uns, avec M. Bouchard, comptent dans la somme des produits sucrés offerts aux tissus, non seulement les hydrates de carbone ingérés, mais aussi ceux qui peuvent résulter de la dégradation des albumines et des graisses dans l'organisme, d'autres, comme Pfluger, ont soutenu que la glycosurie des diabétiques a sa source exclusive dans les hydrates de carbone et que, si elle se poursuit dans le jeûne, cela tient à ce que l'individu élimine les hydrates de carbone accumulés dans son organisme principalement sous la forme de glycogène musculaire.

Les expériences de Luthge, faites sur des chiens dépancréatés, ont mis hors de doute la production de glycose aux dépens des albumines après épuisement complet des réserves de glycogène, et Pflüger s'est rendu aux raisons invoquées par Luthge.

J'ai moi-même, à propos de certains malades, montré que la glycosurie énorme prolongée durant de longs mois qu'ils offrent, ne peut s'expliquer ni par les matières hydrocarbonées ingérées, ni par les réserves glycogéniques rapidement épuisées et qu'il faut admettre une production de glycose aux dépens des albuminoïdes de l'alimentation et des tissus et peut-être même aux dépens des graisses.

La plupart des auteurs sont d'avis que les albumines et la viande en particulier, influent sur la glycosurie des diabétiques. V. Mering et Minkowski l'ont démontré expérimentalement chez les chiens dépancréatés. Cette action est particulièrement nette dans les diabètes graves, comme l'ont vu Külz, Troje, Naunyn. Mais, Naunyn, Lenne, Kolisch, V. Noorden, Faltan et Gigon reconnaissent qu'elle se fait sentir aussi dans les diabètes bénins et que les malades supportent une plus grande quantité d'hydrates de carbone quand on maintient à un taux modéré leur ration albumineuse.

D'ailleurs, tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour condamner les excès du régime carné, que, à la suite de Cantani, l'on imposait autrefois aux diabétiques. Linossier et Lemoine ont, à juste titre, dévoilé les dangers du carnivorisme chez les diabétiques : Naunyn, V. Noorden, Lépine, Mathieu, Maurel ont insisté sur la nécessité de réduire la ration de viande ; moi-même, j'ai montré qu'une petite quantité d'albumine suffisait à maintenir l'équilibre azoté chez les diabétiques sans dénutrition (1).

En 1908, MM. Linossier et Lemoine ont été plus loin dans ce sens et ont rapporté l'observation de deux malades atteints de diabète léger, chez lesquels les albuminoïdes paraissaient exercer sur la glycosurie une action plus fâcheuse que les hydrates de carbone.

J'avais alors discuté la signification de ces observations que je considérais comme tout à fait exceptionnelles et, rapportant quelques expériences de régime carné chez des diabétiques, je concluais que : « L'ingestion albumineuse exerce une influence sur la glycosurie des diabétiques. Dans les diabètes avec dénutrition, l'influence est très nette ; dans les diabètes sans dénutrition elle est minime et souvent impossible à démontrer ; dans les formes intermédiaires, elle est réelle, mais modérée. En somme, pour les diabètes sans dénutrition, l'influence de la ration albuminoïde, à condition que l'on se tienne, bien entendu, dans les limites physiologiques convenables, est à peu près négligeable. »

Et j'ajoutais : « Pour démontrer que la viande a la même influence que les hydrates de carbone sur l'hyperglycémie des diabétiques, il faudrait faire avec la viande ce que l'on fait avec les hydrates de carbone, c'est-à dire faire apparaître à volonté l'hyperglycémie avec son cortège de symptômes par un régime albumineux excessif et la faire disparaître ensuite par un régime albumineux réduit. Que l'on prenne un diabétique en état d'hyperglycémie et que, sans rien changer à son régime hydrocarboné, par la réduction seule du régime albumineux, on fasse disparaître sa glycosurie et l'on aura prouvé que la ration albumineuse a la même importance que la ration hydrocarbonée dans le régime des diabétiques ; jusque-là, je persiste à croire qu'elle n'a qu'une importance secondaire. En pratique, ce qui doit diriger la cure de l'hyperglycémie, c'est encore la restriction des hydrates de carbone au-dessous de la tolérance du malade. »

Tout récemment, j'ai fait, chez une malade de mon service, une expérience d'alimentation carnée qui m'a donnée les résultats suivants :

Dates	Régime	Alb.	Gr.	H.C.	Glycosurie.
24 avril.	Régime mixte. Viande cuite, 200 gr.	127	142	78	13.8
25 —	— —	»	»	»	13.5
26 —	— —	126	142	82	14
27 —	— —	»	»	»	10
28 —	— —	»	»	»	9
29 —	— —	»	»	»	9.5
30 —	Régime mixte. Viande, 0	78	117	82	10
1er mai	— —	»	»	»	7.8
2 —	— —	»	»	»	2
3 —	— —	»	»	»	0
4 —	Régime mixte. Viande cuite, 200 gr.	126	142	82	0
5 —	Régime mixte. Viande cuite, 300 gr.	150	154	82	0
6 —	— —	»	»	»	0
7 —	— —	»	»	»	5
8 —	Régime mixte. Viande cuite, 200 gr.	128	142	82	3
9 —	Rég. mix. Viande 200 gr.; sardines 90 gr.	148.5	230	82	3
10 —	— — —	»	»	»	8
11 —	— — —	»	»	»	11
12 —	— — —	»	»	»	18
13 —	Régime mixte. Viande cuite, 200 gr.	128	142	82	7
14 —	— —	»	»	»	7
15 —	— —	»	»	»	13.5
16 —	— —	»	»	»	9.5
17 —	— —	»	»	»	13.9

De ces chiffres, il ressort que : chez une malade maintenue par le régime au voisinage de la limite de tolérance, la suppression de 200 grammes de viande a fait cesser la glycosurie et que l'addition de viande au régime l'a fait reparaître.

La viande a donc exercé une influence nette sur la glycosurie de notre diabétique, mais cette influence n'est pas comparable à celle que pourrait avoir une ingestion supplémentaire d'hydrate de carbone, car, avec un régime hyperalbumineux correspondant au maximum de ce que le malade pouvait tolérer, la glycosurie n'a pas dépassé 16 grammes.

Il nous suffirait d'introduire du pain dans son régime pour voir sa glycosurie s'élever dans des proportions bien plus considérables.

Dans un travail important, MM. Rathery et Liénard ont étudié l'influence de la viande sur la glycosurie des diabétiques simples ; leurs observations sont nombreuses et mettent en évidence, dans la majorité des cas, une action de la viande sur la glycosurie ; les variations de la glycosurie produites par l'addition ou la suppression de la viande dans le régime ont été de 0 à 18 grammes, mais ils ajoutent : contrairement à ce qui existe pour les hydrates de carbone, l'alimentation carnée n'influence pas toujours la glycosurie ; en tout cas, cette influence, dans aucun de nos cas, n'a pu être comparée comme importance avec celle des hydrates de carbone.

Je ne puis que souscrire aux conclusions des auteurs qui concordent avec l'opinion que j'exprimais en 1908. Contrairement à MM. Linossier et Lemoine, MM. Rathery et Liénard n'ont pas observé de diabétiques chez qui la viande influe plus que les hydrates de carbone sur la glycosurie. Comme je l'avais exprimé, ils ont constaté que l'influence de la viande sur la glycosurie est inconstante ; dans les cas où elle s'exerce, ils n'ont obtenu souvent que de petites variations de la glycosurie et les plus gros chiffres qu'ils aient observés (14 à 18 grammes) sont bien peu de choses en regard de ce que les variations du régime hydrocarboné peuvent apporter.

On doit donc, à mon sens, conclure aujourd'hui que la viande influe sur la glycosurie des diabétiques sans dénutrition, mais que cette influence est inconstante, modérée, et qu'en pratique elle n'est nullement comparable à l'influence exercée par les hydrates de carbone; que, par suite, la réduction des hydrates de carbone reste le point capital dans le régime des hyperglycémiques.

Le mode d'action de la viande sur la glycosurie des diabétiques peut être interprété de trois façons différentes :

1° La viande contient du glycogène qui est un hydrate de carbone.

2° L'albumine de la viande par sa dégradation dans l'organisme donne naissance à des hydrates de carbone.

3° La viande exerce une action nuisible sur le processus glycorégulateur.

Envisageons successivement ces trois processus :

1° On croyait autrefois, la quantité de glycogène de la viande négligeable. Pfluger a indiqué un procédé d'analyse grâce auquel on dose 2 à 4 grammes de glycogène pour 100 grammes de muscle. Il est évident que ce glycogène entre dans le total des hydrates de carbone offerts à l'organisme. C'est par suite d'une mauvaise habitude qu'on le néglige ordinairement dans les bilans alimentaires. Cependant, s'il influence la glycosurie, je ne crois pas que le glycogène puisse, à lui seul, expliquer la glycosurie produite par la viande ; quand l'addition de 200 grammes de viande cuite comportant 6 à 8 grammes de glycogène produit une glycosurie qui s'élève en moyenne à 10 gr. comme chez la diabétique dont j'ai rapporté l'exemple, on n'est pas en droit d'attribuer exclusivement la glycosurie à l'absorption de glycogène.

2° L'albumine de la viande métabolisée dans l'organisme met en liberté un noyau hydrocarboné ; suivant la conception de Pflüger, confirmée par les travaux de Kossel, Pavy, Muller, Krawkow, Blumentbal, Langstein, ce noyau serait combiné à la molécule albuminoïde, sans en faire véritablement partie intégrante, en constituant une sorte de glycoside complexe.

Pflüger croit que cet hydrate de carbone préformé dans la molécule albuminoïde est seul susceptible de fournir du glycose. V. Noorden conteste cette opinion car les expériences de Luthge, Falta, Mohr, Therman ont montré que c'est précisément l'albumine la plus pauvre en hydrate de carbone, la caséine, qui donne le plus de sucre aux diabétiques.

D'un autre côté, Cohn et Muller, puis Hugounenq, ont attiré l'attention sur les amino-acides de la molécule albuminoïde comme origine possible du glycose. Si le fait n'est pas encore prouvé pour la leucine,

(1) M. Labbé. *Revue suisse de médecine* 6 juillet 1912, n° 27.

malgré une expérience favorable de Mohr, il est bien établi pour l'alanine (Neuberg et Langstein, Kraus, Embden et Salomon), pour l'asparagine et pour le glycocolle. Par contre, d'autres acides aminés, comme l'acide benzoïque, exercent une action empêchante sur la production du sucre chez les chiens diabétiques.

Si l'on admet que l'albumine, par l'un des processus que je viens d'indiquer, donne naissance à du glycose en se dégradant dans l'organisme, on n'est point d'accord sur la quantité de glycose qu'elle fournit.

Minkowski, se fondant sur ses expériences chez des chiens dépancréatés, admettait que 6 gr. 25 d'albumine, correspondant à 1 gramme d'azote, fournissent 2 gr. 8 de glycose. D'après Landergren, le calcul théorique indique un rapport plus élevé ; à 1 gramme d'azote correspondraient 8 grammes de glycose. Les chiffres trouvés chez des diabétiques en état de jeûne donnent un rapport variable qui reste en général au-dessous du rapport théorique. On conçoit d'ailleurs que tout le sucre formé ne passe pas directement dans l'urine et qu'une partie de ce sucre soit détruite car l'organisme a rarement perdu d'une façon complète le pouvoir d'utiliser les hydrates de carbone.

En outre, Landergren ne croit pas que les albumines donnent fatalement naissance par leur dégradation à des hydrates de carbone ; il considère ce processus comme un acte de nécessité, ne se produisant que si l'organisme n'a pas à sa disposition d'autres hydrates de carbone à utiliser.

Ce qui vient encore gêner l'appréciation de la quantité de glycose fournie par les matières albuminoïdes, c'est la possibilité d'une glycosurie aux dépens d'autres substances, comme les graisses.

En somme, s'il est bien établi que le métabolisme des albumines donne naissance à du glycose, on ne sait point encore dans quelle proportion ; et il est probable que la proportion varie pour chaque espèce d'albumine.

3° La viande exerce-t-elle une influence aggravante sur le trouble glyco-régulateur ? C'est ce qu'admettent Linossier et Lemoine, au moins pour certaines formes de diabète ; ces auteurs distinguent deux espèces de glycosurie : *a*) une glycosurie d'alimentation provenant exclusivement des hydrates de carbone ; *b*) une glycosurie de nutrition provenant de tous les groupes d'aliments. Ces deux types de glycosurie correspondent à peu de choses près : aux glycosuries d'origine alimentaire hydrocarbonée qui se voient chez ce que nous avons appelé les diabétiques sans dénutrition et aux glycosuries d'origine mixte, alimentaire et tissulaire, des diabétiques avec dénutrition. Suivant MM. Linossier et Lemoine, dans les glycosuries de nutrition, la viande agit comme productrice de glycose ; tandis que, dans les glycosuries d'alimentation, la viande aggrave simplement le trouble de la nutrition qui constitue le diabète. MM. Rathery et Liénard se rattachent en partie à cette opinion.

Il est certain qu'il existe des glycosuries qui sont fortement influencées par l'ingestion de viande ; ce sont ces glycosuries, toujours modérées, ne dépassant pas le plus souvent un chiffre de quelques grammes, que l'on observe chez des sujets atteints d'une affection hépatique, lésionnelle ou fonctionnelle. J'ai essayé, avec M. Bouchage, de caractériser ces glycosuries d'origine hépatique, qui sont fort intéressantes au point de vue clinique et thérapeutique. Elles surviennent souvent chez de gros mangeurs de viande et s'accompagnent d'augmentation de volume du foie, d'urobilinurie, de subictère, d'amaigrissement et de troubles dyspeptiques divers. On les fait disparaître en supprimant la viande et en imposant le régime lacto-végétarien. La cure de Vichy exerce sur ces cas une influence remarquable.

Mais est-on autorisé à donner le nom de diabète à des cas semblables ? La question est insoluble, car se sont précisément des cas limites, occupant les frontières de l'insuffisance hépatique simple et du diabète. Dans les uns, il y a bien véritablement un diabète associé à des troubles hépatiques ; mais dans les autres, il s'agit d'une lésion hépatique accompagnée d'une glycosurie.

Dans les diabètes sans dénutrition ordinaires (diabète gras, diabète simple de Rathery), où les troubles fonctionnels hépatiques, en dehors du trouble glyco-régulateur, font souvent défaut, cette influence néfaste de l'ingestion de viande existe peut-être, mais elle n'est qu'une hypothèse et rien ne la démontre. Il est même très important de voir que dans la plupart des cas, après la période de régime carné, le trouble glyco-régulateur n'est pas aggravé, puisque, si le malade reprend le même régime qu'auparavant, sa glycosurie disparaît ou retombe au même taux.

En résumé, l'augmentation de la glycosurie diabétique due à l'ingestion de viande peut s'expliquer : 1° par l'existence du glycogène (2 à 4 grammes pour 100) dans le tissu musculaire ; 2° par la mise en liberté au cours de la dégradation que l'albumine subit dans l'organisme : *a*) d'un noyau hydrocarboné contenu dans la molécule albuminoïde ; *b*) des aminoacides dont quelques-uns sont susceptibles de donner naissance à du glycose. Il n'est point démontré que la viande, prise en proportion modérée, aggrave le trouble glyco-régulateur chez les diabétiques vrais. (1).

Sur le Caractère épidémique de la paralysie infantile

Par le Dr MŒLLER fils.

La paralysie infantile est souvent méconnue. Il n'y a rien d'étonnant à cela. Les symptômes de la paralysie infantile, relativement rares jusqu'en ces dernières années, ne sont guère connus des médecins, qui surtout n'y songent pas. Il faut d'ailleurs reconnaître qu'avant l'apparition des phénomènes paralytiques, le diagnostic n'est guère facile.

Dans toute affection fébrile un peu bizarre, surtout quand elle s'accompagne de phénomènes nerveux rappelant de loin la méningite, que le médecin songe à la paralysie infantile. Ainsi peu de cas lui échapperont.

Nous allons donc rappeler brièvement ici les caractères de cette maladie en nous inspirant principalement des rapports du dernier Congrès de pédiâtrie de cette année, qui constituent une mise au point parfaite de la question.

L'*incubation* est de un à quatre jours, exceptionnellement de huit jours.

La maladie présente deux phases : la préparalytique et la paralytique.

PREMIÈRE PHASE. — Symptômes généraux : la fièvre ne manque presque jamais ; elle présente les caractères les plus variés ; elle peut n'avoir qu'une durée éphémère ou perdurer plusieurs jours. Elle peut être très élevée ou insignifiante et ne pas dépasser 38°. Elle n'a aucune valeur pronostique au point de vue des paralysies, car elle peut dépendre de foyers d'infection du tube digestif ou de l'appareil respiratoire.

(1) Soc. médic. des hôp.

Le pouls est, en général, précipité, mais peut être très variable quand les phénomènes nerveux apparaissent : il peut alors être irrégulier et lent, comme dans la méningite.

La respiration est, en général, plus précipitée que ne le comporte la fièvre.

Il y a souvent un coryza intense mais de courte durée.

L'angine est fréquente au début.

Les troubles digestifs manquent rarement et frappent surtout l'intestin : il y a diarrhée, quelquefois même selles sanglantes, d'autres fois forte constipation.

Les troubles gastriques sont plus rares. On constate des transpirations abondantes. Dès le début de l'infection apparaissent souvent des troubles nerveux qui rappellent les symptômes de la méningite cérébro-spinale. L'enfant est somnolent pendant le jour, agité la nuit. La colonne vertébrale devient douloureuse et il y a de la flexion douloureuse de la nuque en arrière ; mais ce n'est pas le véritable opisthotonos de la méningite avec contracture, mais plutôt affaissement de la tête dans les oreillers par parésie des muscles de la nuque. Comme les mouvements sont douloureux, on a l'illusion de contracture douloureuse de la nuque.

Il y a quelquefois du Kernig.

Mais, en général, les muscles du corps sont flasques et, si on soulève l'enfant, ils pendent inertes, comme des loques.

Le sensorium est rarement atteint ; toutefois, j'ai observé un enfant qui a déliré vingt-quatre heures, en rejetant perpétuellement sa tête de gauche à droite.

La douleur de tête peut exister, mais elle est rarement si tenace et si pénible que la céphalalgie de la ménigite.

On peut observer de l'inégalité pupillaire.

Les premiers jours, la peau présente souvent une éruption d'aspect scarlatiniforme. Je l'ai observée dans les cas que j'ai pu soigner dès le début. Il arrive donc facilement que l'on commence par poser le diagnostic erroné de scarlatine.

On voit également de l'herpès zoster.

Un symptôme des plus typiques à la maladie est une *hyperesthésie* intense de la peau et de grandes *douleurs aux mouvements*. On croit au rhumatisme. Les enfants crient quand on les effleure. Ils pleurent rien qu'à l'approche d'une personne, tant ils redoutent qu'on les touche, et se lamentent, quelque précaution que l'on prenne pour les soulever ou les déplacer.

La ponction lombaire donne habituellement un liquide clair, plus abondant que normalement, avec pression un peu plus forte.

Le liquide est stérile, il y a souvent lymphocytose et la teneur en albumine dépasse la normale.

Il y a leukopénie.

Les symptômes *caractéristiques* de la première phase de la maladie sont donc : *transpirations profuses, hyperesthésie, leukopénie, flaccidité des muscles.*

DEUXIÈME PHASE. — Au bout d'un temps variable, quelquefois après douze heures, plus souvent après quelques jours, et quand les phénomènes d'infection ont disparu, les paralysies apparaissent. Elles peuvent frapper brusquement la plus grande partie du corps ou s'étendre graduellement pour rétrocéder ensuite. Fréquemment les deux membres inférieurs sont atteints ; quelquefois non seulement les deux membres inférieurs, mais aussi le tronc. J'ai observé un cas où, à l'exception de la tête, tous les muscles du corps avaient été pris. L'enfant gisait inerte dans son lit.

Trois mois après, elle ne savait pas en-

core marcher, s'asseoir seule, mais la plupart des muscles fonctionnaient un peu.

Ces jours derniers, j'ai observé un cas analogue. Trois mois auparavant, l'enfant avait été atteinte de fièvre avec douleur musculaire généralisée, affection que le médecin avait prise pour du rhumatisme. L'enfant resta paralysée de tout le corps et inerte au lit durant un mois.

Actuellement, à l'exception du membre supérieur droit, la mobilité est revenue dans tous les muscles. Au membre supérieur droit, il y a paralysie absolue des muscles de l'épaule, du bras et du coude.

A la main, des mouvements incomplets de flexion des doigts et du poignet et une ébauche de mouvements d'extension des bras sont possibles. Les parents me disent que la fonction progresse lentement dans la main. L'enfant se plaint encore un peu de douleurs musculaires.

Habituellement, la paralysie, très étendue au début, rétrocède rapidement en quelques semaines, laissant, le plus souvent une région définitivement atteinte. Par exemple, et c'est le cas le plus fréquent, il y a d'abord paralysie des deux membres inférieurs. Au bout de quelques semaines, il ne persiste plus qu'une paralysie atteignant seulement les péroniers.

Les paralysies, qui persistent encore deux ou trois semaines après le début de la maladie, s'améliorent dans la suite spontanément durant un an ou deux. Voilà pourquoi on ne peut jamais intervenir chirurgicalement avant l'écoulement de ce laps de temps.

Il arrive quelquefois, malheureusement rarement, j'en ai observé un cas, que des paralysies très étendues les premiers jours disparaissent sans laisser de traces après deux ou trois semaines.

Quand les muscles du tronc sont pris, l'enfant pend inerte et flasque lorsqu'on le soulève. Quand les muscles abdominaux sont atteints, il y a météorisme et souvent constipation.

On observe quelquefois des troubles nutritifs et vésicaux.

Il peut y avoir des formes *bulbaires*. Dans ces cas on observe le plus souvent la paralysie faciale, que l'on ne doit pas confondre avec la paralysie à frigore ou consécutive à l'otite.

Muller sur 165 cas de poliomyélite observa 21 paralysies faciales.

On voit plus rarement des paralysies de l'hypoglosse, des branches motrices du trijumeau, des troubles de déglutition, de langage. Les épidémies ont montré que, dans tous les cas graves de poliomyélite, le bulbe était atteint.

La *maladie de Landry* (paralysie ascendante ou descendante) n'est autre que la poliomyélite où la moelle et le bulbe sont atteints successivement.

On a signalé aussi une forme *cérébrale* et Strumpell a décrit l'encéphalite et la poliencéphalite. Les foyers de la maladie sont dans l'écorce grise. Ces cas sont rares. On voit plus souvent une encéphalomyélite diffuse. Il y a des foyers de tous côtés : dans le cerveau, dans l'écorce grise comme dans la substance blanche, et l'enfant y succombe.

Dans certaines épidémies, les *formes abortives* sont très fréquentes. Elles sont très difficiles à diagnostiquer et on y arrive seulement par le voisinage des cas typiques. Dans une épidémie de poliomyélite, quand des enfants sont souffreteux, dans le voisinage de ces typiques, il faut les isoler comme les autres.

Les cas abortifs sont les plus dangereux pour la propagation de la maladie.

La mortalité de la paralysie infantile varie suivant les épidémies, de 10 à 15 0/0 Mais en Norwège, 32 0/0, en Pologne 55 0/0 des enfants restent infirmes.

Étiologie. — Il est bien établi aujourd'hui que la conception du caractère exclusivement sporadique de la paralysie infantile dans le temps passé est une erreur.

En 1840, on signala déjà des épidémies.

Mais le mal a pris une grande extension depuis lors. Si on n'a pas observé en Belgique des épidémies de l'extension et de la fréquence de celle d'Allemagne et de Suède, les cas se sont multipliés. Il y en eut un grand nombre en 1909 et, comme je l'ai déjà signalé plus haut, encore davantage en 1912.

Les portes d'entrée du virus sont les voies respiratoires et digestives. Voilà comment on constate souvent, au début, de l'angine ou de l'entérite.

Le germe s'élimine aussi par les voies respiratoires ou digestives. On le trouve dans la salive des malades atteints et dans le nez. Mais on n'a pas encore pu établir par quelle voie les germes passaient d'un enfant malade à un prédisposé.

Le virus a été décelé (par inoculation) dans la poussière des appartements, dans le lait, sur le sol.

On ne l'a jamais trouvé dans l'urine, la bile et les selles des malades.

Dans l'organisme la présence du germe a été démontrée dans les ganglions lymphatiques, les glandes salivaires, les amygdales et surtout dans la moelle épinière pour laquelle le virus a une véritable affinité.

Il n'est pas probable qu'il se propage par l'eau que l'on boit ou le lait : des enfants nourris exclusivement au sein ont été atteints. La contamination par le lait des cas signalés à Ottignies n'est qu'apparente. Le médecin m'a d'ailleurs fait remarquer que certains enfants atteints n'avaient bu que du lait stérilisé au Soxhlet. De cette épidémie, les laitiers ont probablement été les porteurs de germes. On a constaté que la transmission pourrait se faire par la poussière et les vêtements.

La maladie peut être amenée par des animaux et, dans certaines épidémies, des animaux domestiques ont péri avec des symptômes rappelant la poliomyélite. Mais ces cas sont rares : quand les animaux transmettent la maladie, ils sont seulement le véhicule du germe

On a accusé les mouches (*la stomoxys calcitrans*) d'être l'élément propagateur. Mais comment expliquer alors les épidémies si fréquentes en hiver ?

On a pu établir que la maladie était contagieuse et se transmettait de personne à personne.

Certaines épidémies se sont caractérisées par la multiplicité des petits foyers.

La transmission par un tiers sain est douteuse : il s'agit plutôt de porteurs de germes ou de cas abortifs méconnus.

Voici les exemples de contagion typique cités par le docteur Muller :

Un ouvrier habitant un village où il n'y avait plus eu de cas de poliomyélite depuis longtemps, travaillait dans une localité infestée de paralysie infantile et logeait dans une habitation où il y avait un cas, mais revenait tous les dimanches chez lui. Deux jours après un de ces retours, un de ses enfants fut atteint.

Une fillette d'un village indemne gagne la maladie après s'être rencontrée dans une salle d'attente de médecin avec une enfant atteinte. Trois frères et sœurs gagnent la maladie après elle. Un homme loge dans une maison où il y avait eu un cas mortel de poliomyélite. Deux jours après il est atteint et en meurt. Son frère qui est venu à son chevet meurt quelques jours après du même mal.

Un ouvrier habitant un village indemne va travailler dans une autre localité et loge dans une famille où il y avait eu des cas mortels. Il fut atteint légèrement ; revenant chez lui un dimanche, il infecte ses trois enfants.

Une garde-malade soignant un cas de paralysie infantile retourne chez elle à 30 kilomètres de l'endroit contaminé ; elle infecte son enfant.

Une vieille femme travaillait dans un milieu infecté. Après quelques jours elle est atteinte également et va à l'hôpital. Trois semaines après, elle revient chez elle : tous les membres de sa famille sont atteints, successivement.

J'ai soigné, il y a trois ans, une famille venant des Flandres. Deux enfants avaient une atteinte typique et deux autres avaient été souffrants en même temps. Cet exemple ne prouve pas la contagion mais bien le caractère épidémique de l'affection. (Voir Notions nouvelles sur la paralysie infantile, 1910).

La prédisposition à la maladie diminue après l'âge de 5 ans ; les adultes sont relativement réfractaires. J'ai observé un nourrisson qui fut atteint à 5 mois (paralysie des extenseurs du pied).

Certaines épidémies se sont propagées dans les pays où les habitants étaient très clairsemés (Suède) et presque sans rapports entre eux.

Aux hôpitaux on n'isole pas les cas de poliomyélite et on n'a jamais constaté qu'un enfant eût infecté son voisin, sauf cependant un cas cité par Bokraï, survenu à l'hôpital des enfants Stéfanie, à Budapest.

Il y a donc encore des points à éclaircir dans la question de la contagiosité de la maladie. Mais le caractère épidémique est évident. Une première atteinte confère l'immunité.

Jusqu'ici, on n'a pas pu voir le virus. Il passe le filtre, se conserve dans la glycérine, résiste à la dessiccation. Toutefois Wiesner et Lenier ont centrifugé des émulsions de moelle infectée, les ont desséchées à 37° et constaté la mort du germe après quatre heures.

Le froid, même la congélation, laisse le germe intact ; par contre, une température de 50 à 60° durant vingt minutes suffit à le détruire.

Landsteiner et Levaditi ont prouvé que de l'huile mentholée à 1 p. c., des poudres mentholées : 0.2 menthol : 0. 4 salol et borax : 0.20, le tuent. Römer et Joseph ont montré que le formol donnait le même résultat.

On voit que le germe de la poliomyélite a les propriétés de celui de la rage.

Inoculations. — De nombreux auteurs Landsteiner, Popper, Knöpfelmacher, Flexner, Lewis, Römer, Joseph, Lenier, Wiesner et Strauss, ont réussi à inoculer la maladie aux animaux.

Les inoculations réussissent surtout chez les singes, et on a pu passer la maladie d'un singe à l'autre. Il s'agit donc bien d'un germe vivant et non d'une toxine. Le lapin a aussi été inoculé avec succès.

Des essais d'immunisation ont échoué jusqu'ici.

Je ne reviens pas sur l'anatomie pathologique de la maladie qui est bien connue :

Les cornes antérieurs sont surtout atteintes. Il y a inflammation infiltrante autour des vaisseaux. Les cellules nerveuses des cornes antérieures sont détruites par ramollissement inflammatoire.

Traitement. — On peut malheureusement être très bref : il est nul au point de vue curatif. Netter préconise l'urotropine à

2 grammes par jour, en six à huit fois. Le docteur de Biehler conseille l'électrargol.

La seule recommandation importante est de tenir les enfants au repos absolu, même dans des gouttières platrées, qui immobilisent le tronc et les membres : ainsi on espère éviter toute excitation de la moelle, dont les lésions ont plus de chance de se restaurer.

CONCLUSIONS. — La paralysie infantile est une maladie *épidémique* qui tend à se propager actuellement en Belgique. Il faut donc que les médecins tâchent de dépister chaque cas et les isoler ainsi que tous les cas suspects. Le praticien fera pratiquer des désinfections de la gorge et du nez des malades à l'huile mentbolée. Quand un cas se déclare dans une maison, il faut, vu la possibilité de l'existence de porteurs de germes, que tous les habitants soient tenus en quarantaine. Celle-ci terminée, les appartements seront désinfectés aux *vapeurs* de formol.

Les pouvoirs publics devraient rendre obligatoire la déclaration de la poliomyélite, prescrire l'exclusion de la classe pendant plusieurs semaines des enfants atteints ou suspects. Chaque fois qu'un foyer est signalé, il serait à souhaiter qu'une enquête scientifique fût faite.

Voici les mesures législatives prises en Norvège dans la récente épidémie : déclaration obligatoire, isolement de trois semaines après la période aiguë, désinfection, fermeture des écoles. Dans certains districts, les réunions publiques ont été interdites et les grandes manœuvres ont été supprimées.

Par de telles mesures, on pourra espérer arriver à arrêter le fléau.

REVUE DE CHIRURGIE

Le traitement des Kystes hydatiques des os

par M. C. BARDIN
Interne des hôpitaux de Saint-Etienne.

« Il n'y a qu'une seule méthode de traitement, c'est l'ouverture de la cavité avec éradication aussi complète que possible du foyer parasitaire ».

Tel est le principe inscrit par Gangolphe en tête de son chapitre sur le traitemnt des kystes hydatiques des os. Il est en effet de toute évidence que, le diagnostic une fois posé, il faut à tout prix intervenir et faire disparaître toute trace de lésions si l'on veut prévenir les récidives. Les procédés thérapeutiques peuvent changer mais tous doivent répondre à cette donnée générale : opération hâtive et largement pratiquée.

Nous ne mentionnerons qu'à titre de document historique les méthodes médicamenteuses par voie interne, énumérées par Escarraguel : le chlorure de sodium, l'huile empyreumatique, le pétrole...

Le traitement chirurgical est le seul rationnel et le seul qu'il faille employer.

Il variera suivant l'étendue et la localisation des lésions.

1° FOYER LIMITÉ. — On incisera largement de façon à évacuer tout le foyer. Les ponctions ne seront jamais employées que comme moyen de diagnostic et, en présence des accidents dont elles sont parfois l'origine, nous conseillerons de n'y avoir recours que si l'on est prêt à entreprendre, immédiatement après, une opération plus radicale (Gangolphe).

On sera parfois obligé d'enlever une partie plus ou moins considérable de la paroi osseuse afin de mettre à découvert le foyer pathologique. On procédera ensuite au curage méthodique, en faisant un évidement aussi soigneux que possible ; on enlèvera toutes les vésicules que l'on peut découvrir, ce qui n'est pas toujours facile. Bérard insiste dans son article sur la difficulté que l'on éprouve à débarrasser complètement l'os des hydatides qu'il contient : » il est essentiel de ne pas oublier des vésicules entières, quelque petit que soit leur volume et, pour les découvrir et les extraire, le chirurgien doit explorer avec le plus grand soin la cavité dans tous les sens. Il arrive pourtant assez facilement qu'elles échappent à l'opération, ou bien, parce qu'elles sont profondément situées dans les loges ou dans les anfractuosités ; de là une nouvelle cause de récidive «.

On enlèvera également toute la membrane que l'on pourra détacher. Gangolphe, nous l'avons vu, nie sa présence, mais presque tous les chirurgiens qui depuis vingt ans ont eu l'occasion d'intervenir sur des kystes hydatiques osseux l'ont parfaitement observée.

On pourra ensuite cautériser les parois au fer rouge, qui agirait pour Gangolphe non seulement comme parasiticide, mais encore en réveillant les propriétés ostéogéniques de l'os. Par un lavage antiseptique (eau oxygénée), on entraînera soigneusement les séquestres et les détritus ; on établira enfin un drainage méthodique de la région.

C'est à ces foyers limités que l'on peut appliquer aussi avec succès la méthode du formolage de Devé. Cramwell la préconise ; l'ayant employée dans deux cas d'hydatides de l'humérus il obtint une guérison radicale. Après évidement on lave la cavité avec du formol à 1 p. 100 et à chaque pansement on renouvelle les irrigations.

Bron préconise, pour les kystes diaphysaires, une résection dans la continuité de l'os ; mais tous les auteurs (Gangolphe, Cramwel, Reich) condamnent cette méthode. Les lésions sont trop diffuses pour admettre une telle pratique Elle ne vaut pas un évidement fait sur une étendue convenable.

2° FOYER ÉTENDU. — Mais, malheureusement très souvent, les malades ne demandent les secours du chirurgien, qu'à une période très avancée. Les os sont réduits à l'état de lame papyracée sur leur plus grande étendue. Il faut réclamer du malade un sacrifice plus grand. Nous donnerons la conduite à tenir à propos de chaque région, en examinant plus en détail les indications de l'intervention suivant le siège des lésions.

Kystes hydatiques du crâne. — Nous ne parlerons ici que des kystes, comme ceux développés dans le sinus frontal, et qui sont accessibles au chirurgien.

Depuis très longtemps du reste, les hydatides du crâne sont connus et traités en médecine vétérinaire. Escarraguel le raconte d'une façon pittoresque :

» Sur les dunes qui servent de digue à l'Océan nous avons appris des bergers que, lorsque leurs moutons présentaient des cas d'hydatides des os du crâne, et que ces derniers, usés, amincis bombaient en tumeur, ils brisaient tranquillement cette portion de la boîte épicranienne, vidaient les hydatides, et par cette opération, guérissaient leurs animaux.

Pourquoi dans des circonstances semblables ne les imiterions-nous pas? L'homme a une organisation aussi plastique que les animaux, je suppose. Et les connaissances chirurgicales donnent bien au médecin une chance de plus «.

Et pourtant la guérison, ainsi que le montrent les diverses observations, n'est pas facile à obtenir. Il faudra intervenir le plus tôt possible en pratiquant une résection sous-périostée des parties de l'os que normalement l'on pourra atteindre et enlever. Dans les kystes du sinus frontal on pourra ainsi que le conseille Gangolphe, s'il existe un abaissement notable du plancher du sinus, donner un libre écoulement aux liquides du côté des fosses nasales.

Kystes hydatiques du rachis. — Ici les difficultés sont presque insurmontables. Mais néanmoins il faut agir, car la tumeur grossissant aura vite fait d'amener des phénomènes graves. On se contentera d'ouvrir les poches extra-osseuses si les lésions, et c'est la règle, siègent dans les corps vertébraux. L'évacuation de ces abcès, souvent volumineux, pourra rendre de grands services comme moyens palliatifs en faisant cesser les troubles dus à la compression. C'est ce à quoi se sont bornés jusqu'à présent la plupart des chirurgiens qui se trouvèrent en présence de cette localisation échinococcique.

Kystes hydatiques du bassin. — Presque toujours la mort fut la conséquence de la localisation des hydatides dans le bassin. Il est très facile de s'en rendre compte en face de lésions comme celles que constatèrent Viertel, Recrey, Pihan et plus récemment Abée Conrad et Jaboulay. Et pourtant, le malade est voué à une mort fatale si l'on n'intervient pas. On pourra pratiquer, ainsi que le fit Bardleben, une large brèche à la coque osseuse, on enlèvera toutes les parties nécrosées, séquestrées et envahies que l'on pourra atteindre, soit directement, soit à l'aide de la curette et l'on drainera à la partie déclive.

Quand la hanche est envahie, le pronostic est encore bien plus grave. Il faudra se laisser guider par l'état du malade. Si l'état de ce dernier le permet on est pleinement autorisé de proposer une intervention radicale, » une désarticulation inter-ilio-abdominale totale (os iliaque et fémur) telle que le professeur Jaboulay l'a décrite et réalisée trois fois ; opération qui ne donnerait qu'une mortalité de 7 p. 25 d'après Kubentramph « (Horand) et qui seule croyons-nous, peut arrêter la marche envahissante des hydatides.

Si le malade n'accepte pas une semblable intervention, ou, si son état ne le permet pas, on ouvrira largement les foyers, on les nettoiera le plus possible en enlevant les séquestres et les parties nécrosées et on fera suivre le tout d'un lavage au formol à 1 p. 100.

Kystes hydatiques des membres. — Quand les lésions seront trop avancées pour justifier l'emploi des méthodes que l'on a préconisées dans les foyers limités il faut alors songer à sacrifier le membre. Il faudra toujours faire porter la section sur un point relativement éloigné du foyer. Souvent même, le canal médullaire est totalement envahi ; la désarticulation s'impose, à la hanche ou à l'épaule suivant le membre atteint, surtout si l'état général trop compromis ne permet pas d'assayer un traitement plus conservateur.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Traitement des complications utéro-annexielles de la blennorragie au moyen d'injections sous-cutanées de virus-vaccins sensibilisés de Besredka

Par M. le Docteur Louis CRUVEILHIER

La métrite et la salpingite sont des complications redoutables de la blennorragie qui peuvent se prolonger pendant de longues années dans un état de chronicité qui fait des malheureuses patientes « des infirmes du ventre » et nécessitent trop souvent de graves interventions chirurgicales. Aussi, nous a-t-il paru particulièrement intéressant d'essayer contre ces localisations de l'infection blennorragique chez la femme la méthode des virus-vaccins sensibilisés que nous avons été les premiers à appliquer au gonocoque (1) et qui nous a donné des résultats si encourageants au cours du traitement de l'orchite (2).

(1) L. Cruveilhier. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 4 janvier 1913.

(2) L. Cruveilhier. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 19 avril 1913.

Dans les services hospitaliers, les métro-salpingites purement gonococciques sont rares et la plupart des malades atteintes de cette localisation de l'infection blennorragique que nous avons traitées nous ont été amenées à l'Institut Pasteur par des maris que nous soignions et qui avaient contaminé leur femme par ignorance ou insouciance.

Il en était ainsi de Mme M..., âgée de quarante ans, dont nous devons l'observation à notre ami le Dr Ch. Fouquet, ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

Mme M..., deux mois et demi après la contamination conjugale, malgré que dès le début ait été institué un traitement fort bien conduit, présentait des douleurs violentes dans tout le bas-ventre, qui était très sensible à la palpation. Les pertes étaient abondantes, la température s'élevait le soir à 39° 4, l'état général était mauvais et menaçait de devenir inquiétant, de sorte que la malade gardait le lit.

Au toucher, on constatait un col volumineux, l'utérus était mobile. Il n'y avait pas apparence de collection salpingienne, mais on percevait une douleur très nette à l'embouchure des trompes dans l'utérus. Au spéculum, on observait des érosions sanguinolentes, sur le col de l'orifice duquel s'échappait un écoulement verdâtre abondant.

La première injection du virus-vaccin sensibilisé est pratiquée le 14 juin et donne lieu à une réaction générale assez vive. Le surlendemain, le 17 juin, la malade accuse une grande amélioration. Les pertes ont diminué, au dire de la malade, dans une très forte proportion et on ne perçoit plus qu'un léger suintement.

Le ventre est devenu souple et, à la palpation comme au toucher, il a cessé d'être douloureux, si bien que la malade peut remettre son corset.

Quoique Mme M... se considère comme complètement rétablie, on la décide à recevoir une seconde injection de virus-vaccin, qui est suivie d'une réaction moins vive que la première.

Le 25 juin, la malade, qui est très satisfaite et dont l'état général est devenu excellent, vient se faire examiner. L'utérus apparaît alors complètement décongestionné, les annexes sont souples et on ne constate plus qu'un suintement glaireux absolument insignifiant dans lequel on ne reconnaît pas la présence du gonocoque.

La méthode des virus-vaccins sensibilisés ne nous a pas donné de moins bons résultats dans le cas de métro-salpingite avec collection salpingienne, comme en témoigne l'observation de Mlle D..., âgée de vingt-neuf ans, couturière, qui nous a été adressée à l'Institut Pasteur, par notre ami le Dr Ch. Fouquet.

Cette malade, dont la contamination datait de six semaines, accusait une douleur spontanée assez vive dans tout le bas-ventre, mais particulièrement du côté droit. Les pertes, de couleur jaune-verdâtre, étaient abondantes et tachaient le linge ; le toucher combiné à la palpation abdominale démontrait l'existence, au niveau de la trompe droite, d'une tumeur évaluée par le Dr Fouquet aux dimensions d'un très gros œuf de poule. Le 6 mai, on pratique une première injection de virus-vaccin sensibilité. Dès le lendemain, la malade accuse une diminution manifeste des phénomènes douloureux et les pertes ont une consistance moins épaisse. Le 8 mai, on pratique au laboratoire une seconde injection et, le lendemain, la malade prétend ne plus souffrir du ventre. On réveille cependant, à la palpation encore une légère douleur au niveau de la trompe droite. Les pertes ont presque totalement disparu.

Le 12 mai, on procède à une troisième piqûre, suivie d'une amélioration non moins manifeste.

Le 14 mai, on constate que la douleur n'est plus perceptible, même à la palpation du ventre ; la malade ne souffre plus à l'introduction de la canule à injections vaginales et les pertes ont complètement disparu. On pratique néanmoins une quatrième piqûre le 17 mai, et, le 19, nous constatons que l'état général de la malade s'est amélioré d'une façon très nette. Mlle D..., n'accuse plus de maux de tête et ne se plaint plus de douleurs dans les jambes et de faiblesse générale.

Le 25 mai, la malade, dont les règles viennent de se terminer et n'ont provoqué aucune souffrance, est examinée par le Dr Fouquet, qui constate la disparition complète de la tuméfaction formée par la trompe droite comme en même temps de la douleur. On constate seulement une légère sensibilité en un point limité à l'abouchement de la trompe dans l'utérus. La malade n'est plus réinjectée mais veut bien venir à l'Institut Pasteur le 15 juin et nous avons alors la satisfaction de constater la persistance de la guérison, car Mlle D..., en parfait état de santé, n'accuse plus aucun trouble du côté du bas-ventre.

La méthode des virus-vaccins sensibilisés semble encore active même dans les anciens cas de métro-salpingite et nous avons obtenu une cessation complète des phénomènes douloureux et de l'écoulement chez une femme dont la contamination remontait à neuf ans, époque de son mariage (1).

(1) Soc. de biol.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Tatouage de la cornée par l'encre de chine (Indications et avantages)

Par M. le Dr GRANDCLÉMENT

C'est vers l'année 1890 que nos confrères de Wecker et Abadie eurent les premiers l'idée de noircir avec de l'encre de Chine des leucomes de la cornée, pour faire disparaître une difformité disgracieuse.

J'ai souvent pratiqué depuis lors cette opération simple et facile ; lorsque l'opacité est centrale ou para-centrale, l'on simule très bien une pupille qui donne presque le change et atténue singulièrement le triste aspect d'un œil blanc.

Si l'opération a été faite aseptiquement, les suites opératoires sont des plus simples ; le plus souvent il ne se produit qu'une irritation insignifiante de l'œil.

Mais il reste bien entendu que l'iris n'est ni adhérent à la cornée, ni surtout inclus dans le tissu cornéen désorganisé ; dans ces cas, il faut s'abstenir de tatouer. J'ai remarqué souvent aussi que le tatouage d'un leucome, se présentant ainsi sans complication interne, éclaircit à la longue la zone nuageuse qui entoure le plus souvent les leucomes ; de telle sorte que l'on obtient à la fois l'atténuation d'une difformité et un petit gain du côté de la vision, gain que l'on peut encore augmenter par une iridectomie optique.

Mais j'ai étendu l'emploi de cette opération à d'autres affections de la cornée et cela le plus souvent avec de grands avantages.

1° Ainsi il m'est arrivé plusieurs fois d'incruster quelques grains d'encre de Chine dans des infiltrats cornéens non vascularisés qui tourmentaient les malades depuis des années par des retours incessants d'irritation ou même d'inflammation ; et d'obtenir la cessation définitive de ces rechutes incessantes de kératite.

Mais lorsque ces infiltrats sont vascularisés; il ne faut pas les tatouer ; ce serait dangereux ; il est bien préférable de les attaquer par une large péritomie, qui, en les affaissant, réussit presque toujours à les dissiper, à les faire résorber d'une façon définitive et à peu près complète.

2° Mais c'est surtout *dans les ectasies partielles de la cornée* que j'ai obtenu les plus brillants résultats par l'incrustation de quelques grains d'encre de Chine.

L'on comprend facilement qu'il en soit ainsi ; car l'ectasie provient d'une sorte de ramollissement du tissu cornéen qui se laisse alors pousser en avant par la pression intra-oculaire.

L'encre de Chine *le tanne* en quelque sorte et lui rend alors sa force de résistance normale.

3° C'est cette action réconfortante du tatouage sur une cornée ayant ainsi perdu sa cohésion et sa force de résistance qui m'a donné l'idée, il y a longtemps déjà, de le pratiquer sur le sommet du cône des cornées devenues ou en train de devenir coniques, surtout lorsque le sommet de ce cône est opalescent et même opaque, ce qui est souvent le cas.

Or, l'on sait, à n'en pas douter, que le kératocone reconnaît pour cause essentielle et primordiale le ramollissement de la partie centrale de la cornée.

Je vous en présente ici un cas remarquable ; voici un homme de 37 ans chez lequel la cornée de l'œil droit devint rapidement et fortement conique en l'espace de six mois, avec perte à peu près complète de l'acuité visuelle, il y a de cela 8 ans.

Je lui pratiquai alors, en une seule séance, le tatouage du sommet du cône, lequel subit un retrait de moitié de sa hauteur en l'espace de six mois ; la vision a suivi les mêmes progrès et aujourd'hui il peut lire le n° 1 des échelles typographiques, mais seulement à la distance de 0,12 centimètres. Les verres sphériques concaves ne lui sont d'aucun secours pour la vision rapprochée ; ils aident seulement pour la vue au loin.

Voici maintenant comment je procède dans ces divers cas qui demandent un *modus faciendi* un peu différent selon le but que l'on cherche; d'abord il faut insensibiliser l'œil à fond avec la cocaïne, et alors le malade n'éprouve aucune douleur.

S'il s'agit de noircir à fond un leucome central bien apparent, il faut d'abord plonger le bâton d'encre de Chine pendant quelques minutes dans une solution concentrée et bouillante de cyanure de mercure ; puis le frotter, imprégné de cette même solution hydrargyrique sur le fond un peu rugueux et bien aseptisé d'un petit verre à liqueur, de façon à obtenir une pâte semi-fluide, un peu épaisse ; et enfin de se servir d'un faisceau d'aiguilles bien serrées les unes contre les autres ; de cette manière, l'on obtient rapidement non pas seulement un piqueté plus ou moins concentré, mais une véritable plaque noire qui simule à merveille une pupille.

Au contraire, si l'on veut incruster des grains d'encre de Chine au travers d'infiltrats disséminés sur la cornée ou dans une portion ectasiée périphérique, il faut obtenir une pâte plus fluide, presque liquide, et se servir d'un faisceau d'aiguilles un peu écartées les unes des autres, de façon à obtenir non pas une plaque noire, ce qui serait disgracieux, mais un simple piqueté peu apparent, mais suffisant pour déterminer la résorption des infiltrats ou le retrait des portions ectasiées de la cornée (1).

(1) Soc. d'opht. de Lyon.

REVUE DE LARYNGOLOGIE

De la voie laryngo-trachéale en Thérapeutique médico-chirurgicale

Par M. le Docteur GUISEZ

Depuis que la trachéo-bronchoscopie s'est introduite dans nos moyens d'exploration des voies respiratoires supérieures, il est possible :

1° De poser un *diagnostic* précis d'affections sur la nature desquelles on ne pouvait faire autrefois que de simples conjectures ;

2° D'entreprendre une *thérapeutique locale* appropriée, au lieu d'un traitement général qui

ne pouvait agir que secondairement sur les lésions des voies aériennes.

Sans vouloir supplanter les autres méthodes d'examen, qui gardent toute leur valeur, elle les complète merveilleusement; elle est la seule, en tout cas, qui permette de mettre directement sous l'œil des lésions jusque là cachées et par conséquent de poser, dans un grand nombre de cas, un diagnostic rigoureusement exact; diagnostic qui peut même être contrôlé par l'examen biopsique d'un fragment de tumeur par exemple.

La plupart des affections de la trachée et des bronches sont *sténosantes*, c'est-à-dire rétrécissant le calibre de ces organes; aussi c'est presque toujours pour de la dyspnée, avec son cortège d'accès de suffocation, de toux, que le malade vient consulter.

A. — Dans un premier groupe de faits, l'examen des poumons et du larynx est négatif. Que peut révéler l'examen direct? Ou bien le calibre est rétréci par des lésions internes du conduit respiratoire proprement dit, le rétrécissement est *endogène*; ou bien, au contraire, ce sont les organes de voisinage de la base du cou, du médiastin qui sont en cause, qui viennent par leur hypertrophie comprimer l'arbre respiratoire : sténoses *exogènes*.

1° *Rétrécissements endogènes.* Dans un petit nombre de cas, il s'agit d'une malformation de la paroi trachéale; c'est ainsi que chez une malade atteinte d'accès de suffocation, de dyspnée, depuis son enfance, la trachéoscopie permit de reconnaître comme cause de ces troubles une *double valvule intratrachéale* siégeant au niveau des premiers anneaux de la trachée. Rien ne fut plus facile que, avec la lame tranchante de l'œsophagotome, de sectionner la valvule la plus saillante et la dilatation bougiraire aidant, de rendre à cette malade une respiration normale.

Dans plusieurs autres cas, il s'agit de véritables hernies de la paroi postérieure de la trachée qui empiètent sur la lumière de celle-ci.

Dans un cas grave même, chez un malade atteint de suffocation rebelle ayant résisté à tous les traitements, au moment de l'opération, l'oblitération de la lumière trachéale était presque complète.

Chez de tout jeunes enfants, atteints de dyspnée, de cause difficile à déterminer, on trouve parfois au trachéoscope la partie supérieure de la trachée remplie de papillomes, partant du larynx, affectant une forme ascendante et pouvant envahir la trachée et même les bronches. Ce sont ces cas qui résistent à la trachéotomie.

On conçoit que la trachéoscopie puisse, en pareil cas, localiser exactement les tumeurs; laisser au malade, si on le trachéotomise, une longue canule qui descend plus bas que ces excroissances. Elle permet aussi de les enlever directement par les voies naturelles avec une pince appropriée, mais il est indispensable, si l'on veut obtenir la guérison définitive des papillomes qui ont la plus grande tendance à la récidive, de badigeonner leur point d'implantation avec des solutions de glycérine résorcinée ou d'acide bromique à 1/20.

Chez les adultes, les tumeurs bénignes sont peu fréquentes dans la trachée. L'ozène dans la localisation intra-trachéale est une cause de dyspnée à forme particulièrement grave, à cause des caractères envahissants que présente cette affection. Dans un certain nombre de cas, le diagnostic une fois posé, par des injections intra-trachéales, des écouvillonnages de la trachée, des badigeonnages de ce conduit, au nitrate d'argent, il est possible de guérir d'une façon définitive le malade.

La *diphtérie*, à localisation exclusivement intratrachéale et bronchique, n'est pas une rareté et, plusieurs auteurs ont signalé des localisations sinon exclusives de ce conduit, du moins avec lésions beaucoup plus étendues que du côté du larynx et du pharynx, dans certains cas particuliers.

La *gomme* est, dans les voies respiratoires supérieures et en particulier au voisinage de l'éperon, une trouvaille de la trachéoscopie.

On conçoit l'importance de ce diagnostic qui dicte aussitôt une thérapeutique hâtive et toujours efficace, si les lésions ne sont pas trop prononcées, sinon elles peuvent entraîner à leur suite des sténoses cicatricielles consécutives.

Les *tumeurs malignes* de la trachée et des bronches sont rares : du moins en tant que tumeurs primitives de ces organes. Le plus souvent, il s'agit de carcinomes œsophagiens qui envahissent secondairement la paroi trachéale postérieure; mais, dans certains cas, le *cancer peut être primitif* dans ces conduits.

Bien que Killian ait pu réussir à guérir un malade, en enlevant une tumeur de la paroi postérieure de la trachée, la thérapeutique, en pareil cas, est tout à fait désarmée. Néanmoins, le siège et la localisation exacte de la tumeur indiquent où doit porter la trachéotomie, si elle est utile, s'il faut employer une canule spéciale : tous renseignements indispensables au point de vue thérapeutique.

Enfin, la cause la plus fréquente de la sténose endogène est le *rétrécissement fibro-cicatriciel* de ce conduit, à la suite d'un traumatisme, d'une plaie, du séjour d'un corps étranger. L'examen direct permet de voir le siège exact du rétrécissement, de noter sa forme, son apparence et d'agir localement par la dilatation, l'électrolyse, etc.

2° *Sténoses exogènes.* — D'autres fois, la trachée apparaît comprimée par une tumeur de voisinage : le rétrécissement est exogène. C'est tantôt un *goitre* à forme plongeante : dans ce cas, le diagnostic exact permet au chirurgien d'intervenir et de faire une extirpation complète et utile de la tumeur.

L'*ectasie* aortique est souvent une trouvaille de trachéoscopie. On sait combien cette lésion peut échapper aux signes cliniques et même parfois à la radiographie. Aussi, la présence d'une masse qui soulève la trachée, en particuliers la paroi gauche de ce conduit qui est animée de mouvements d'expansion, est tout à fait caractéristique.

L'*hypertrophie du thymus* est facile à diagnostiquer par cette méthode à cause du siège tout spécial de la compression; dans ce cas, un examen à la spatule est simplement nécessaire et toujours possible quand il s'agit de jeunes enfants.

L'*adénopathie trachéo-bronchique* est évidemment presque toujours diagnostiquée par l'auscultation et l'examen aux rayons X; toutefois, il est des cas où l'ombre n'apparaît pas à l'écran.

B. — D'autres fois, le problème à résoudre par la trachéoscopie est le suivant : un poumon respire librement, l'autre ne respire pas. Il y a donc une sténose de la bronche. Le trachéoscope permet également de reconnaître la cause de cette sténose.

Les *rétrécissements intra-bronchiques*, d'origine cicatricielle, ne sont pas très rares, en particulier, lorsqu'il y a eu corps étranger.

Quelquefois même, pour guérir celui-ci, il faut dilater au préalable le rétrécissement de la trachée au delà duquel se trouve le corps du délit.

Un ganglion médiastinal comprime souvent l'une des bronches.

Comme affection assez curieuse de la bronche, dont le diagnostic a pu être posé par la trachéoscopie, à l'exclusion de tout autre mode d'examen, il convient de noter le *cancer primitif intra-bronchique*. C'est ainsi que sur 4 malades, ayant de l'expectoration sanguinolente, de l'annihilation d'un poumon, un mauvais état général chez lesquels aucun diagnostic précis n'avait pu être posé, on a pu reconnaître la présence dans l'intérieur de la bronche, d'une tumeur maligne qui avait envahi une des parois de ce conduit. Le diagnostic fut vérifié dans ce cas par l'examen biopsique d'un fragment enlevé à la pince.

Dans un de ces cas, il fut même possible, par des injections intra-bronchiques de solutions de sulfate de radium, d'obtenir chez le malade pendant plusieurs mois la cessation de tous les signes alarmants.

C. — Un diagnostic souvent difficile à débrouiller est celui des paralysies récurrentielles. Les causes peuvent en être multiples. Par la bronchoscopie combinée, il est souvent possible de déceler un cancer de l'œsophage, l'ectasie aortique ou l'adénopathie qui en sont cause.

D. — Dans d'autres cas, ce qui amène l'examen trachéoscopique d'un malade, c'est une expectoration tout à fait particulière et purulente; sans efforts, il y a des vomiques. L'auscultation, jointe à la radiographie, permet évidemment de localiser presque toujours l'origine de ces collections intra-médiastinales ou intra-pulmonaires; mais parfois il est impossible de faire cette localisation exacte de par les données cliniques jointes aux données de la radiographie.

L'examen direct peut permettre alors de localiser exactement le siège d'une dilatation bronchique, son volume, sa forme, de nettoyer cette cavité et de la tarir par des injections intrabronchiques appropriées.

Dans deux cas, l'origine de la purulence était dans la présence d'un corps étranger insoupçonné.

Enfin, il est possible d'atteindre par les bronches des collections purulentes intra-pulmonaires. C'est ainsi qu'un abcès, produit par la présence d'un corps étranger, put très bien être évacué par les voies naturelles, à travers le tube du broncboscope et amener la guérison du malade.

Schrotter et Killian citent le cas d'un kyste hydatique du poumon faisant saillie dans la bronche, qui a été ouvert et évacué par l'endoscope. Il est une affection qui, dans ces derniers temps, semble avoir bénéficié de l'examen de la trachéo-bronchoscopie : l'asthme.

Dans toute une série de travaux de Schrotter, d'Ephraïm, ces auteurs notent un aspect tout particulier de la trachée et des bronches chez les asthmatiques. Chez eux, la lumière de ces conduits semble se sténoser dans un grand nombre de cas. M. Guisez a constaté chez plusieurs asthmatiques de véritables hernies de la paroi postérieure de ce conduit dans leur cavité même.

Ephraïm dit avoir guéri toute une série de malades atteints d'asthme rebelle, par des instillations de cocaïne et d'alipine.

L'auteur a observé tout dernièrement une malade atteinte d'asthme à forme particulièrement grave et qui a guéri complètement à la suite d'injections intra-trachéales.

Se basant sur les données de la bronchoscopie et à la suite d'une série d'expériences faites sur le chien, l'auteur a pu instituer un traitement tout à fait rationnel d'injections massives intra-pulmonaires (voir *Presse médicale*, septembre 1912). Il est possible, en effet, par la voie trachéo-bronchoscopique, d'introduire des médicaments qui vont agir directement sur le parenchyme pulmonaire.

De là, l'idée qui lui est venue d'instituer la méthode des injections massives, faites directement par la glotte, pour agir sur des lésions non seulement trachéo-bronchoscopiques mais aussi sur des poumons eux-mêmes.

A part les affections de la trachée (trachéite chronique, ozène trachéal, trachéite purulente) qui ont été merveilleusement modifiées par ces injections, il lui a été possible de guérir une série de malades atteints de gangrène pulmonaire.

Sur 7 cas que M. Guisez a eu à soigner, 6 fois la guérison a suivi cette thérapeuthique.

Dans la tuberculose, l'action est beaucoup

plus aléatoire et l'efficacité de ces injections lui a paru beaucoup moindre.

On voit donc, que, grâce à la trachéo-bronchoscopie, grâce aux modes tout nouveaux de traitement qui découlent de cette méthode, grâce à un diagnostic exact, la thérapeutique des voies aériennes (en outre de la question des corps étrangers que l'auteur n'a pas envisagée cette fois) est devenue beaucoup plus précise et a fait un grand pas dans ces dernières années.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des hémorragies ombilicales des nouveau-nés

La compression exclusive échouant presque toujours, on pourra appliquer sur la plaie un tampon saupoudré d'antipyrine. Ce moyen réussit assez souvent. La cautérisation des bourgeons saignants pourra, dans quelques cas, rendre des services.

Les solutions phéniquées doivent être proscrites comme susceptibles de provoquer une intoxication.

En cas d'insuccès, on peut enfin tenter la ligature indirecte de la cicatrice ombilicale avec enfouissement en passant des fils à 1 centimètre de chaque côté de la cicatrice, de préférence au procédé de Sippel, qui lie directement les vaisseaux au besoin après laparotomie.

Enfin, on luttera contre l'anémie par les moyens ordinaires, en particulier par l'immobilité et la chaleur (boules chaudes) et si la syphilis peut être soupçonnée, comme il arrive souvent dans les cas où l'on constate simultanément d'autres hémorragies, on instituera le traitement spécifique au moyen de frictions mercurielles ou, si l'état du tube digestif le permet, par l'ingestion de liqueur de Van Swieten.

Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la Tuberculose pulmonaire

Pour l'appréciation de toute question nouvelle il faut se garder des enthousiasmes précipités autant que des dénigrements systématiques ; c'est dans cet esprit que M. le Dr Léon Bernard a exposé récemment dans une conférence à la Société de l'Internat, la méthode de Forlanini, en se fondant surtout sur son expérience personnelle. M. Léon Bernard s'est constamment servi de l'appareil de Küss, qui donne une sécurité absolue et comme gaz, il s'est servi d'azote. Le principe de la méthode est d'insuffler et de maintenir dans la plèvre une quantité de gaz qui, en refoulant le poumon, amène par la compression des parties altérées des modifications circulatoires et nutritives aboutissant à la sclérose et en même temps l'immobilisation fonctionnelle de l'organe. Les délais des réinsufflations successives, la quantité de gaz injecté chaque fois, le taux de la pression, doivent varier suivant les cas ; d'une manière générale, l'auteur croit qu'il est préférable de conduire la cure lentement en ne provoquant pas de compressions rapides et brutales, et cependant en maintenant une pression positive dans la plèvre ainsi que l'impossibilité de l'expansion inspiratoire du poumon comprimé. Les indications utiles pour atteindre ce but, ne peuvent être fournies par les signes stéthoscopiques ; seul, l'examen répété du malade par les rayons Roentgen est susceptible de les donner. La cure doit être poursuivie au moins pendant 2 ans, avant que l'on puisse considérer le malade comme guéri.

Les accidents de la cure ne sont pas redoutables ; d'accidents immédiats (convulsions, embolie, mort subite, on ne doit pas en rencontrer avec une technique bien réglée. Les accidents au cours de la cure sont : l'emphysème sous-cutané, sans importance et les pleurésies d'un intérêt plus grand ; tantôt il s'agit d'un simple exsudat insignifiant, tantôt d'un épanchement de caractère inflammatoire, avec manifestations cliniques, uro-fibrineux d'abord, lorsqu'il est chronique, il passe ordinairement à la purulence ; mais toujours, il est de nature bacillaire. Ces épanchements compliquent la conduite de la cure sans assombrir beaucoup le pronostic.

Les indications de la méthode ne doivent pas être circonscrites aux lésions profondes, anciennes et localisées. Il faut également, et sans doute avec plus de succès, traiter certaines lésions récentes, soit des lésions de pneumonie ou de broncho-pneumonie tuberculeuses aiguës, soit des lésions évolutrices de formes caséeuses chroniques ; la règle est d'intervenir dès que les lésions évoluent malgré les traitements habituels.

La bilatéralité des lésions constitue la plupart du temps, mais non toujours, une contre-indication formelle. Enfin, il faut se garder de traiter les formes fibreuses avec sclérose pulmonaire et riches adhérences pleurales ; la dilatation chirurgicale ou mécanique de celles-ci, la dislocation des tissus scléreux en voie d'organisation, exerçant une influence plutôt fâcheuse; toutefois, dans beaucoup de cas, on peut sans dommage venir à bout d'adhérences peu solides et peu abondantes et constituer un pneumothorax utile.

Pour apprécier les résultats de la méthode, il faut mettre en lumière qu'elle ne permet de traiter qu'un très petit nombre de tuberculeux : 1 à 3 0/0. Son efficacité s'observe dans 1/3 des cas traités, ce qui lui confère une valeur thérapeutique estimable, surtout lorsqu'on met en regard de ce chiffre remarquable la destinée des malades de même catégorie et non traités par elle. Mais ces pourcentages montrent que, si remarquables que soient les services rendus à quelques tuberculeux par la méthode de Forlanini, celle-ci n'en reste pas moins une méthode d'exception dans la domaine de la physiothérapie : la valeur est plus grande que sa portée.

REVUE DE RADIOLOGIE

Les aspects radiologiques dans la tumeur blanche du genou

Par MM. les Drs Albert WEIL et Carle RŒDERER

La *radiographie* n'a pas, dans la *période de début* de la tumeur blanche du genou, l'importance qu'on lui reconnaît quelquefois, dans la première étape de la coxalgie. Les indications de certitude qu'elle donne sont encore plus tardives que dans le mal de Pott et c'est à la clinique qu'il appartient de poser le diagnostic.

Nous verrons que dans l'affection qui nous occupe, c'est surtout au point de vue du *pronostic* et de l'*évolution* que la lecture d'un cliché est intéressante.

On pouvait s'attendre à mieux. Car si l'on admet avec les classiques que la tumeur blanche du genou a dans la grande majorité des cas un point de départ osseux, on pouvait espérer que les rayons permettraient de dépister le point d'*ostéite* avant la contribution articulaire. Or, d'une manière systématique, nous avons fait radiographier pendant 4 ans à Bretonneau, dans le service de M. Villemin, depuis deux ans à Trousseau chez notre maître M. Savariaud, et pendant six ans dans notre pratique de clinique et de clientèle, tous les enfants suspects de tumeur blanche du genou. Le plus souvent, *le cliché* ne nous donnait aucun renseignement.

Faut-il conclure que la notion de la préexistence de l'ostéite n'est pas aussi formelle que nous l'affirment les statistiques — et celles de Wolkmann et d'Ollier sont présentes à toutes les mémoires — que la forme à *début synovial* est plus fréquente qu'on ne l'imagine. Nous ne voulons pas le prétendre, mais nous croyons qu'un très grand nombre de tumeurs blanches du genou évoluent sans que des lésions osseuses soient perceptibles.

Il est vrai que ces lésions peuvent être profondes et dissimulées par une coque d'os sain.

Certains ont voulu voir des lésions de début dans des *irrégularités du cartilage dia-épiphysaire.* Nous les avons souvent remarquées, mais il nous a paru qu'elles étaient aussi fréquentes chez des enfants sains et dans le genou pas malade. Des recherches dans ce sens présenteraient à notre avis, un grand intérêt.

Si l'on a cependant une lésion de début perceptible dans les formes osseuses, le foyer s'accuse par une *tache sombre* plus ou moins proche de la surface et irrégulière. Ce foyer est entouré par une zone claire périphérique. Quelquefois, exceptionnellement, on se trouve en présence de plusieurs foyers.

A *la période de ramollissement*, la teinte sombre centrale diminue et la zone périphérique claire augmente.

Pour notre part, nous n'avons jamais vu de *séquestre.* En somme, s'il y a ostéite constatable par les rayons X, c'est toujours une ostéite raréfiante et jamais une ostéite condensante. C'est surtout dans un des *plateaux tibiaux*, rarement dans un des *condyles*, que siègent ces foyers de décalcification.

A ce propos, il convient d'ouvrir une parenthèse. La radiographie de profil pratiquée sur certains enfants qui souffrent du genou montre une *décalcification de l'épiphyse de la tubérosité tibiale* antérieure et parfois l'aspect détaché de cette apophyse. Il s'agit de sujets de 13-14 et 15 ans présentant d'ailleurs, si l'on fait une exploration soigneuse de l'article, une douleur nette au niveau de ce point osseux. Ces cas d'*apophysite* sont d'ailleurs bien connus. Ils ont été souvent confondus avec des tumeurs blanches et nous avons rectifié plus d'un diagnostic erroné. Dans sa forme grave on peut avoir affaire à de *véritables ostéomyélites de la tubérosité antérieure.* Nous en avons vu un cas très typique.

En marge aussi de la tumeur blanche du genou, nous devons signaler certaines *ostéites extra-articulaires.* Il s'agit d'enfants souffrant du genou, présentant une certaine tendance à la flexion, parfois une douleur provoquée par la pression en un point fixe, sur la face antérieure du tibia, tout contre l'article. Ultérieurement un abcès pourra se montrer en cet endroit. C'est un point osseux extra-articulaire. Le pronostic de l'affection devant être tout différent, il faut être reconnaissant à la radiographie de permettre l'élaboration d'un diagnostic formel en faveur d'une lésion de moindre importance. Nous avons une radiographie qui se rapporte à un cas de cet ordre. On croyait à la tumeur blanche et l'indépendance de l'article, qui ne participait en rien à l'inflammation, malgré la formation d'une fistule, était absolue. L'articulation a récupéré tous ses mouvements.

Quand l'évolution est grave, nous avons vu un certain nombre d'exemples de *fontes très considérables du plateau tibial.* Il ne s'agit pas toujours d'un processus d'*ulcération compressive*, car cette fonte s'est montrée chez des enfants qui avaient été scrupuleusement plâtrés et qui n'avaient pas posé le pied par terre. Ces pertes de substances ont été parfois volumineuses.

Elles frappaient toujours le *tibia*, et seulement le *fémur* d'une façon toute *relative.* Malgré le nombre des cas vus par nous, nous estimons que ces fontes osseuses sont des raretés. Elles résultent d'une élimination portant sur plusieurs centaines de cas.

Ce qui est plus rare encore, c'est la *déformation du genou par ce mécanisme*. En général, le condyle en présence de la fonte tibiale, croît en longueur et compense la perte de substances. Il n'y a pour ainsi dire pas de genu valgum ainsi produits. C'est là un fait sur lequel le professeur Kirmison a attiré l'attention. Toute règle a des exceptions et nous avons vu des genu valgum dans des cas anciens qui n'avaient pourtant pas d'autre origine que ce *dénivellement articulaire entraînant une obliquité de la ligne de flexion*.

Dans la grande majorité des cas le dénivellement du genou, la *décalcification des épiphyses, l'atrophie, excentrique et concentrique des extrémités*, constituent les principaux éléments objectifs donnés par la radiographie.

Notre maître Redart dans son Atlas de radiographie, a signalé que dans les ostéo-arthrites en général, l'espace clair de l'interligne articulaire est parfois remplacé par une image sombre, floue, dont les bords irréguliers se confondent avec les cartilages et les os voisins. C'est exact pour toutes autres articulations ; nous n'avons pour ainsi dire jamais vu cet aspect dans les tumeurs blanches du genou.

Non plus, d'ailleurs, que l'élargissement de l'interligne articulaire remarqué par le même auteur.

Tout au contraire, il nous a paru que la disparition des cartilages était un fait très fréquent, et par conséquent très fréquent est le rapprochement des os en présence, la diminution de hauteur de l'interligne.

Un autre fait de haute valeur dans la tumeur blanche du genou d'un peu longue durée, c'est la constitution trabéculaire prise par les extrémités osseuses.

En somme les deux phénomènes principaux sont donc :

1° La fonte osseuse que nous considérons comme rare ;

2° La décalcification et l'aspect trabéculaire qui sont à ce point fréquents qu'on pourrait presque les dire spécifiques.

A côté de ces deux éléments primordiaux, nous devons signaler encore des taches sombres, d'aspect floconneux dans les parties molles, extra-articulaires. Elles révèlent la présence de fongosités synoviales. Elles sont surtout visibles dans les radiographies peu poussées avec des tubes mous et, sans doute, si elles n'apparaissent pas plus souvent, c'est qu'on s'obstine à rechercher des lésions osseuses, avec des expositions plus longues et des tubes plus durs.

A la période de guérison, deux formes de phénomènes attirent l'attention :

A. L'apparence qu'affecte la cicatrisation ;

B. Les déformations secondaires.

La cicatrisation représente une ankylose, cette ankylose, plus ou moins serrée est presque toujours fibreuse. On voit tibia et fémur en contact, mais on peut encore, sur les radios de face et de profil, faire la démarcation entre les deux os. Très rares sont les cas où l'ankylose osseuse, partielle ou totale, était visible. A titre exceptionnel, il nous a paru dans une ou deux radiographies avoir pu suivre des files osseuses passant d'un os à l'os voisin.

Souventes fois, la radiographie est d'ailleurs trompeuse. On croit à une ankylose fibreuse très serrée, volontiers on laisserait le malade sans appareil et l'on est étonné, après quelques mois, de voir quelques mouvements revenir dans l'articulation.

Mais la radiographie rend néanmoins à ce stade de grands services, puisqu'elle permet, après que la clinique a constaté la disparition absolue de toute douleur spontanée et à la pression, de juger de l'état de la réparation cicatricielle. Une radiographie nous paraît indispensable avant la reprise de la marche, par exemple, ou pour la suppression de tout appareil.

La radiographie nous paraît encore avoir une autre importance en ce qui concerne l'accroissement ultérieur du membre.

On peut, dans une grande mesure, interpréter l'état des cartilages de conjugaison chez l'enfant et établir des prévisions sur leur vitalité.

On sait que si l'arrêt ou la diminution de croissance du membre est de règle, il est cependant des cas où cette croissance est activée. Notre ami Barbarin en a cité des cas, voici quelques années. Nous en avons des exemples.

Quant aux *déformations secondaires*, elles n'ont aucun intérêt pratique. Mais la radiographie a permis de fixer certains points de leur constitution.

Si le cartilage de conjugaison est irrégulièrement atteint, la formation d'un *genu valgum* ou d'un *genu varum* par ce mécanisme n'est pas rare après quelques années.

Nous avons ainsi des genoux que nous dirigeons en quelque sorte dans leur croissance par des appareils de celluloïd appropriés faisant pression sur l'une ou l'autre face de la jambe.

La *subluxation* du plateau tibial est un autre fait anatomique fréquent. On pensait qu'il se produisait surtout par la décharge de poids supporté pendant la période de semi-flexion de la jambe sur la cuisse, les condyles fémoraux s'hypertrophiant alors en avant. Nous croyons qu'il y a là un phénomène primitif, car nous l'avons observé dans des tumeurs blanches maintenues dès le début dans une bonne rectitude.

Deux autres déformations se voient souvent et les radiographies de profil les mettent bien en valeur. C'est une *courbure à convexité antérieure du fémur* que M. Kirmison a depuis longtemps signalée, et c'est surtout cette déformation de la partie juxta-épiphysaire de l'extrémité supérieure de la jambe, qui porte le nom de Sonnenburg. Il s'agit d'une courbure concave en avant de l'extrémité toute supérieure du tibia qui donne l'aspect d'un *genu recurvatum* au membre, ankylosé ou non.

C'est d'ailleurs là un phénomène qui, créé peut-être par les modifications produites dans le genou à la période de virulence de la tuberculose, tend tout naturellement à s'accroître sous l'influence des conditions mécaniques nouvelles de la marche du malade. Nous ne saurions nous appesantir sur ce point, sans sortir des limites de notre cadre.

Pour nous résumer, si la radiographie, à l'hôpital, doit être catégoriquement employé dans tous les cas de tumeur blanche, il est rare qu'elle donne des indications que la *clinique* n'avait pas prévues et plus rare encore qu'elle donne lieu à des surprises comme dans le mal de Pott ou, d'aucunes fois, dans la coxalgie. On ne saurait néanmoins se passer de son concours dans les formes à abcès et dans la période de convalescence (1).

(1) Soc. de médec. de Paris.

CARNET DU PRATICIEN

Contre les vomissements.

Teinture de benjoin composée :

Benjoin	56 grammes
Styrax	42 —
Baume de tolu	14 —
Aloès soccotrin	9 —
Alcool rectifié	0 lit. 567

(30 gouttes sur du sucre). (CLARKE.)

Pour détruire les puces.

Solution saturée de naphtaline dans du pétrole. Emulsion de savon noir dans quantité égale d'eau. Crésol. Même quantité de chaque.

Diluer l'émulsion dans 4 à 5 fois son volume d'eau; arroser le sol avec ce produit, d'abord sans déplacer les meubles, puis les déplacer et projeter le liquide dans tous les coins, spécialement dans les rainures des planchers. (MANAUD.)

Adénite cervicale chronique

Pratiquer des onctions sur la région avec :

Iodure de potassium	2 grammes
Iodure de plomb	—
Extrait de cigue	—
Axonge benzoïnée	40 —

(COMBY).

ou :

Iodure de potassium	2 grammes
Extrait de cigue	1 —
Axonge benzoïnée	30 —

(V. HERZEN).

Traitement des Ulcérations tuberculeuses

1° Tous les cinq jours faire une cautérisation de la surface avec :

Nitrate d'argent	1 gramme
Eau	5 —

Badigeonner et, aussitôt après, passer le crayon de zinc.

2° Tous les jours, toucher l'ulcération avec du naphtol camphré ou de l'acide lactique au tiers;

3° Panser à la poudre d'iodoforme ;

4° Détruire par les pointes de feu profondes les nodules périphériques.

Potion fébrifuge insipide,

Sulfate de quinine	75 grammes
Acide tannique	10 —
Acide sulfurique	2 gouttes
Eau distillée	100 grammes
Sirop de coings	40 —

F. s. a. une potion, à prendre en deux ou trois fois, dans l'intervalle des accès de fièvre intermittente.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE

VARIÉTÉS

L'Art de dormir

« Si vous voulez bien dormir, notait récemment M. F. Mazade. dans les *Documents du Progrès*, que votre chambre à coucher soit, comme le dit le Chinois, « la chambre du sourire heureux après la « petite pluie des larmes » ; qu'elle soit éloignée du bruit ; qu'elle soit dépourvue d'appareil de chauffage, de lumière artificielle, d'animaux, de fleurs, de meubles encombrants et de tentures, qu'elle soit largement aérée, même en hiver... »

Mais ce n'est pas tout. La position du corps peut avoir une grande influence sur notre sommeil. « Prenez le milieu du lit, dit-il, afin que chaque muscle ait un appui certain et puisse se détendre. Ne levez pas les bras au-dessus de votre tête, car cette posture fatigue les muscles des bras et ceux du thorax, contracte le cou et rend la respiration saccadée et courte. Ayez la tête le plus bas possible afin que le sang afflue régulièrement au cerveau. Renoncez sans regret à la position recourbée, allongez complètement le corps : ne repliez pas les jambes; ne les croisez pas non plus ; ne relevez pas les genoux.

Sur le dos on est mal à l'aise et dans une situation contrefaite et plus spécialement féminine. Certains médecins affirment qu'il est redoutable de dormir sur le dos que c'est de là que viennent parfois les maladies de la moelle épinière. J'ose dire qu'ils exagèrent le danger. Du moins, la position dorsale occasionne-t-elle souvent des états de veille angoissante, des cauchemars, des hallucinations. Les inconvénients de la station sur le côté gauche sont plus graves encore. En se couchant sur le côté gauche, on arrête la digestion et on s'expose à l'oppression, aux suffocations, à des arrêts subits du cœur, trop serré. Ne dormez pas non plus à plat ventre. Dans cette situation, le dos s'arrondit, la poitrine se creuse, le thorax est contraint. La station sur le côté droit est donc la seule normale, la seule qui ne gêne aucune fonction essentielle de nos organes ; et c'est sur le côté droit que le dieu couronné de pavots doit nous trouver préparés pour des songes.

Mais où M. Mazade devient particulièrement interessant, c'est dans la partie de son article consacré à l' « art de dormir ». Je dirai plutôt à l'art de s'endormir. D'après lui, il est indispensable d'avoir une hygiène préparatoire du sommeil. Cette hygiène s'inspire de deux principes essentiels.

Premier principe : faire en sorte que l'esprit, le moment de s'endormir venu, puisse se concentrer suffisamment pour se suggérer sans peine le sommeil. Eviter, par conséquent et les causes d'atonie et les causes d'excitation exagérée qui, toutes deux, par des mécanismes opposés concourrent à un résultat identique : difficulté ou impossibilité de la concentration psychique. Une même cause étant donnée, elle pourra donc agir en bien ou en mal, suivant les tempéraments. Ainsi le thé, le café, qui passent en général et à juste titre pour provoquer l'insomnie, peuvent pourtant, à doses modérées, exercer parfois une influence favorable sur le sommeil chez les sujets de tempérament un peu mou et flottant. Grâce à eux, en effet, l'esprit retrouve la tonicité qui lui manquait et, dès lors, il réussit à se dégager des idées et impressions multiples par lesquelles il se laissait distraire, sans même essayer de réagir, de l'idée du sommeil.

Deuxième principe essentiel : s'arranger pour que l'idée ou impression dominante dans l'esprit (ce qui est tout un, l'impression n'étant qu'une idée imparfaitement précisée), au moment de l'entrée en sommeil, ne soit pas triste, désagréable, pénible. On vient d'accomplir une marche, une course prolongée. On cède sans attendre, à la fatigue ; on se réveille plus fatigué qu'au moment de s'endormir. Reste-t-on au contraire, quelques instants à se reposer avant de se livrer au sommeil? On goûte dans celui-ci un délassement parfait. Tel sujet se trouvera bien des distractions (soirées, théâtre, etc.). Chez tel autre, ces mêmes distractions, tout en procurant un vif plaisir et pour cette raison même seront une cause de fatigue, d'énervement exagérés qui retentiront fâcheusement sur le sommeil : on conseillera alors des plaisirs moins aigus , plus tranquilles (lectures, causeries, etc.), qui donneront simultanément à l'esprit la sédation et le stimulant léger dont il sent le besoin. Thérapeutique du corps par l'esprit. Médication intelligente, je le répète.

Malgré tout, la neurasthénie peut vous enlever toutes dispositions au sommeil. Dans ce cas, M. Mazade nous renvoie au médecin.

ÉCHOS

Voyage d'étude en Espagne-Maroc-Portugal (27 septembre au 19-23-29 octobre 1913.

On se rappelle que, sur la demande à lui faite, le Conseil central de l'*Association Internationale de Perfectionnement Scientifique et Médical* (*A.P.M.*), *patronnée par le Gouvernement Français*, a retardé très heureusement jusqu'à octobre prochain la 10e session d'Etudes de ce groupement, afin de la faire coïncider avec le *Congrès International d'Hydrologie, Climatologie et Géologie de Madrid* (*15 octobre*).

La concentration se fera à Perpignan et la dislocation à Biarritz. Le voyage d'études de la session suivra l'itinéraire : Port Bou-Cerbère, Barcelone, Lerida, Saragosse, Caspe, Reus, Tarragone, Alcala, Sagonte, Valence, La Incina, Alicante, Busot, Elche, Murcie, Aguilas, Baeza, Grenade, Bobadilla, Gibraltar, Tanger, Algésiras, Tarifa, San Fernando, Cadix, Séville, Cordoue, Linarès, Alcazar, Madrid, Escorial, Tolède, Entrocamento, Lisbonne, Cascaès, Cintra, Coïmbre, Porto, Tuy, Vigo, Santiago, Orense, Leon-Pallencia, Burgos, Miraflorès, Miranda de Ebro, Bilbao, San Sébastian, Irun-Hendaye.

L'horaire et le programme sont compris de manière à ce que le séjour à Madrid coïncide exactement avec le Congrès d'Hydrologie, ce qui permettra d'en suivre les travaux et les séances. Pour le retour depuis Madrid, plusieurs combinaisons sont arrangées.

L'association a obtenu à l'occasion de ce voyage d'études des conditions pécuniaires très avantageuses qui présentent en outre l'intérêt de mettre ses sociétaires à l'abri de toute surprise et de tout désagrément financier depuis leur départ jusqu'à leur retour. Les chemins de fer français accordent le demi-tarif pour se rendre à la concentration et revenir de la dislocation (même faveur aux étrangers depuis la gare ou le port d'accès en France et vice-versa).

Rappelons que l'A.P.M. comprend six grands groupes d'études, chacun d'eux placé sous la direction scientifique d'un des vice-présidents du Conseil central : I. Médecine et biologie, prof. Gilbert ; II. Chirurgie générale et spéciale, Dr F. Cathelin ; III. Physiothérapie et hydro-climato-thalassologie, Dr G. Bardet ; IV. Sciences pures et appliquées dans leurs rapports avec la médecine et l'hygiène, prof. Blanchard ; V. Hygiène dans toutes ses branches, Dr E. Mosny ; VI. Assistance et prophylaxie, Dr Ch. Levassort. Les Français et les étrangers sont admis dans ces groupes et répartis en sections selon la nationalité.

La demande d'inscription à la 10e session d'Etudes de l'A.P.M. doit être adressée maintenant le plus rapidement possible au Conseil central. On trouvera tous renseignements détaillés à ce sujet ainsi que les conditions d'admission à l'Association, dans le nº 66 de « Scientifica », bulletin officiel de l'A.P.M., envoyé franco sur simple demande accompagnée de 0 fr. 15 (étranger : 0 fr. 35) pour le port recommandé, et adressée au siège de l'A.P.M., 12, rue François-Millet, Paris, XVIe, (Bureau ouvert mercredis et Samedis de 15 à 16 heures.)

Un hôpital volant.

Un américain naturalisé anglais, S.-F. Cody, vient d'expérimenter à Aldershot un hôpital volant : c'est un biplan pourvu de tous les instruments nécessaires pour soigner les blessés, même d'une table d'opérations. Ces instruments, quoique d'une légèreté exceptionnelle, sont d'une excellente qualité. Cet aéroplane servirait en temps de guerre, à porter des secours rapides là où les ambulances ordinaires ne peuvent parvenir que lentement et difficilement.

Le colonel Donegan, directeur des services médicaux de l'armée anglaise, a contribué à établir les plans de cet hôpital d'un genre nouveau.

Le secret professionnel des médecins.

Au mois d'août 1911, un ouvrier d'usine de Lille, M. Chabecq, s'étant, au cours de son travail, blessé au talon, fut admis à l'hôpital ou il décéda vingt-quatre heures plus tard.

Le docteur Pierret, chef de clinique, ayant analysé le sang du blessé, constata que celui-ci était atteint de leucémie et que la mort était inévitable. Le docteur Verstraete, médecin de la Compagnie d'assurances, étant venu visiter le blessé, s'entretint de l'état de celui-ci avec le docteur Pierret. Ce dernier révéla à son collègue qu'il avait constaté que le blessé avait la leucémie et était perdu. Le docteur Verstraete en rendit compte à la Compagnie d'assurances, et quand la veuve de Chabecq, intenta un procès pour obtenir une indemnité, déclarant que son mari avait été victime d'un accident de travail, elle fut déboutée, le tribunal ayant estimé que la mort du blessé n'était pas survenue à la suite de sa blessure, celle-ci n'ayant point occasionné la leucémie qui entraîna le décès.

C'est alors que la veuve actionna les deux médecins en 5.000 francs de dommages-intérêts pour violation du secret professionnel. Le tribunal de Lille et la cour de Douai acquittèrent les deux docteurs. La Cour de Cassation, devant laquelle se pourvut la veuve Chabecq, renvoya l'affaire devant la Cour de Nancy.

Celle-ci vient de rendre un arrêt dans lequel elle déclare notamment « que l'article 378 du Code pénal interdit aux médecins, hors les cas prévus par la loi, de révéler les secrets dont ils sont dépositaires par état ou profession ; que la prohibition édictée par la loi ne souffre pas d'exception dans les cas d'accidents prévus par la loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du 31 mars 1905 ; que si cette loi autorise les chefs d'entreprise à s'assurer par leurs propres moyens d'investigation de l'état de santé des ouvriers blessés, elle ne relève nullement les médecins traitants de l'obligation de ne pas révéler les secrets dont ils sont dépositaires ».

Elle déclare donc que le docteur Pierret a contrevenu à l'article 378, mais elle l'acquitte, le fait dont il est inculpé étant couvert par la prescription.

Et statuant sur l'appel de la partie civile; elle déboute celle-ci de sa demande en dommages-intérêts parce que la révélation faite par le docteur Pierret n'a causé aucun préjudice à la veuve Chabecq.

Les consultations à Rome.

Quels étaient les honoraires des médecins dans l'ancienne Rome?

De l'*Aululaire* de Plaute, nous pouvons inférer que les consultations courantes se payaient un didrachme, 5 francs environ : c'est la visite à cent sous de nos jours. Pour les médecins en vogue, pas de limites. Stertinius gagne 200.000 francs par an, soit 100.000 en clientèle et 100.000 comme médecin du Palatin. Un Marseillais établi à Rome, Charmis, prend 40.000 francs pour une visite en province, etc.

84e Année (Série XIIIe) — N° 214 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 10 Septembre 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40, 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 10 Septembre 1913

A nos Collaborateurs

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la *Gazette Médicale de Paris*, sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs, mettra désormais, à leur disposition un tirage à part à 50 exemplaires, de leurs articles nédits qu'elle aura publiés.

ÉCHOS

Le prix d'un embaumement.

La première Chambre supplémentaire du Tribunal civil de la Seine vient de fixer ce point intéressant.

Devant elle, en effet, Me Tourey-Piallat, au nom du Dr Touremenos, médecin de l'ambassade de Grèce et du tsar Ferdinand de Bulgarie, réclamait à la veuve d'un confrère une somme de 4.000 francs pour avoir embaumé le mari d'icelle, décédé dans une clinique des Champs-Elysées.

Et le tribunal de donner gain de cause au docteur, non toutefois sans abaisser le prix dû à 1.500 francs.

Pour une opération de luxe, qui n'est pas précisément ragoutante, c'est donné !

La folie d'un chirurgien.

Un chirurgien connu de Marietta (Etat d'Ochio), le docteur W. R. Dabney, spécialiste des maladies de la gorge et du nez, nous apprenait ces jours derniers un câblegramme de New-York, est devenu subitement fou, alors qu'il faisait une opération. Lorsque le malade fut endormi le chirurgien renvoya ses deux aides et resta seul avec une infirmière ; puis sous les yeux de celle-ci terrifiée, il commença à taillader avec ses instruments l'infortuné malade.

L'infirmière, affolée, appela au secours. Il fallut enfoncer la porte, et ce n'est qu'après une lutte acharnée que les infirmiers et d'autres médecins purent se rendre maître du docteur Dabney.

Le malade succombait pendant ce temps à la suite de l'hémorragie.

L'Allemagne fournit moins de recrues valides qu'autrefois.

Suivant l'*Annuaire militaire* Lœbell, l'armée allemande a reçu en 1912, 210.453 recrues, dont 2.712 ont été incorporées dans les services auxiliaires.

Les bureaux de recrutement enregistrent une diminution constante du nombre d'hommes complètement valides. En effet, alors qu'en 1908, on comptait sur 100 conscrits 54,3 hommes valides, ce chiffre s'est abaissé l'année dernière à 53,4.

Cette diminution se poursuit principalement dans les contrées industrielles. Ainsi, tandis que la Lorraine fournit 66,9 0/0 d'hommes valides, le Brandebourg, avec Berlin, n'en donne que 42,3. Le nombre des engagés volontaires, tant dans l'armée que dans la marine, fut de 68.230 contre 24.611 en France.

ENQUÊTE DE LA « GAZETTE MÉDICALE DE PARIS »

LA STATISTIQUE SOCIALE

La *Gazette Médicale de Paris*, que la question de statistique sociale a toujours intéressée, a ouvert une enquête à l'effet de réunir sur la question les avis autorisés qui intéressent au plus haut point les pouvoirs publics.

Dernièrement, le Conseil Municipal s'en est ému, ainsi qu'en témoigne la communication de M. Gent, que nous publions ci-après :

54. — *Renvoi à la 6e Commission et à l'Administration d'une proposition de M. André Gent tendant à la création d'un service de Statistique municipale sociale.*

M. André GENT. — Messieurs, à maintes reprises, nos collègues MM. Hénaffe, Lemarchand, Pannelier et Massard ont déposé des propositions tendant à orienter le service de la Statistique municipale dans le sens de la Statistique sociale. Je n'ai pas à en redire, après eux, au Conseil, les avantages. Le champ est vaste aux investigations et aux recherches. Combien importantes ne seraient pas des enquêtes bien conduites sur les salaires à Paris, le chômage, l'apprentissage, etc., etc.

Le Conseil municipal ne négligera jamais les sacrifices pour doter ses services des moyens d'action nécessaires. Mais encore faut-il qu'ils assurent les résultats que nous devons espérer. Le *Bulletin de statistique hebdomadaire* ne donne rien à cet égard, et nous en sommes encore à l'Annuaire de 1912.

Aussi ai-je l'honneur de vous proposer le projet de délibération suivant :

« Le Conseil

« Délibère :

« L'Administration est invitée à saisir le Conseil municipal d'un plan d'organisation rationnelle d'un service de Statistique municipale sociale.

« Signé : André GENT. »

Renvoyé à l'Administration et à la 6e Commission.

(*Bulletin municipal officiel*, du 12 juin 1913.)

Nous commençons à insérer, dès maintenant, les premières réponses, qui, nous l'espérons seront suivies de beaucoup d'autres.

« A Monsieur le Dr Lucien-Graux, Directeur de la *Gazette Médicale de Paris*, 9, rue Denis-Poisson, Paris.

« Monsieur,

« Je m'empresse de répondre à la demande que vous me faites l'honneur de m'adresser.

« Je ne puis qu'approuver toute proposition tendant à l'organisation d'une statistique sociale, telle que celle dont vous m'entretenez, pourvu que cette organisation respecte, aussi complètement que possible, la juste et nécessaire indépendance individuelle, dont, bien malheureusement, selon moi, on est si souvent porté à faire bon marché.

« Il me paraîtrait excellent que toutes les organisations sociétaires quelconques eussent à cœur de tenir bien à jour les relevés concernant leurs opérations et observations d'ordre statistique, d'après un plan méthodique et des règles communes et concordantes, permettant de faire d'utiles rapprochements et de dégager, d'une manière précise, des indications décisives sur nos possibilités et nécessités d'action.

« Nos dirigeants, en quelque domaine que ce soit, ne peuvent parvenir à l'état de conscience sociale, à un degré suffisamment exact et constant, qu'à l'aide de cette statistique dressée par les groupements élémentaires et semi-élémentaires, naturels et artificiels; mais de longtemps il ne sera possible de faire même concevoir et respecter, d'une manière générale et habituelle, l'utilité et la pratique d'une telle série d'observations systématiques dans la famille, dont tant de causes puissantes tendent à perturber de plus en plus la stabilité fondamentale, dans un chaos d'où toute périodicité est nécessairement, inévitablement absente. Nous sommes à l'heure actuelle aussi mal placés que possible pour observer convenablement dans ce domaine pourtant élémentaire. L'universelle transformation incessante des conditions de l'existence dans l'ordre politique et dans l'ordre industriel, non moins que dans les mœurs et les habitudes, rendent ou plutôt rendraient presque immédiatement caduques toutes les observations d'ensemble que l'on tenterait de réaliser, avec une approximation suffisante, à l'égard de la famille et même de la cité.

« Soit donc que l'industrialisation et l'assimilation pratique des deux sexes se poursuivent ou non, par exemple, il faudra qu'une certaine fixité soit suffisamment établie, pendant peut-être quelques générations, pour que les observations sur les phénomènes de la famille puissent offrir vraiment un caractère statistiquement utile, pour ce qui concerne la plus grande partie de la population.

« Il faut donc se borner à attendre des organisations officielles, notamment des municipalités, les moyens d'information auxquels vous songez et qui dans l'état actuel des choses et des idées ne peuvent être obtenus que coûteusement. Mais il conviendrait que les administrations pussent s'appuyer aussi sur les données que leur fourniraient les divers groupements qu'elles ont dans leur dépendance et auxquels elles accordent des subventions, etc. La statistique des ateliers, chantiers, bureaux, etc., des entreprises privées pourrait être obtenue d'une manière analogue et en recherchant, sur ce terrain spécialement, une entente profitable à tous, entre le patronat et le salariat, ce dernier représenté par ses formations mutualistes, syndicales, etc.

« C'est dans cet ordre d'idées qu'en 1892 je faisais publier — d'ailleurs inutilement, puisque cela n'a pas été suivi d'effet — la note suivante dans le *Recueil havrais des Employés de Bureau* :

« UNE STATISTIQUE A FAIRE. — Ne serait-il pas « désirable que nos Sociétés de Secours Mutuels « établissent une statistique annuelle, bien com- « plète, de leurs divers services, et notamment « du service des malades ? Ne serait-il pas notamment « d'un utile profit, pour ces sociétés et pour tous « ceux qui s'intéressent au sort des classes labo- « rieuses, de pouvoir obtenir pour chaque profes- « sion, chaque groupe populaire, *ayant une caisse de « secours pour maladies*, une statistique bien faite, « bien complète et tenue à jour ? Ne serait-il pas « avantageux, enfin, à ce dernier point de vue, de « publier chaque année une statistique régionale « basée sur les données ainsi recueillies et indiquant « la nature des maladies, leur durée moyenne, leur « coût moyen avec le rapport de ces données et de « l'âge des malades, suivant les catégories des dif- « férents âges, etc. ?

« L'aspect collectif, social, de ces faits ne peut être obtenu que par la collectivité, à l'aide surtout du ressort moral, et c'est celui-ci qu'il faudrait tendre le plus possible, par tous les moyens appropriés à notre disposition. Je souhaite bien vivement que votre enquête puisse efficacement concourir à la réalisation du perfectionnement social dont elle s'inspire dans son principe.

« Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

« Emile DELIVET ».

« Monsieur,

« Vous avez bien voulu me demander mon opinion au sujet de la nouvelle statistique que M. Gent cherche à organiser.

« Toute relation sociale, pourvu qu'elle soit décelée par des chiffres suffisamment nombreux, est importante. Sans doute, le sociologue et l'économiste peuvent ne trouver aucune conclusion intéressante à tirer d'une statistique sociale ; mais, cependant, cette conclusion existe la plupart du temps et les faits inutilisés momentanément représentent des matériaux qui pourront être employés dans l'avenir.

« Les statistiques ne seront donc, à mon avis, jamais trop nombreuses, pourvu naturellement qu'elles ne fassent pas double emploi entre elles, et j'approuve tout à fait l'initiative de M. Gent.

« L'utilité d'une statistique sur les maladies professionnelles me paraît particulièrement très grande ; on pourra en tirer de nombreuses indications concernant l'étiologie et la thérapeutique de maladies diverses. La statistique médicale, du reste, aurait, d'une manière générale, besoin d'être développée, elle fournirait à la physiologie et à la thérapeutique les faits rassemblés en masse qui trop souvent lui manquent et peuvent seuls servir de base à des inductions sûres.

« Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

« Baron Charles MOURRE ».

« Monsieur,

« En réponse à la lettre que vous avez bien voulu m'adresser, je suis très heureux de pouvoir vous donner quelques indications sur la question qui vous intéresse spécialement.

« En ce qui concerne le chômage, le *Bulletin de l'Office du Travail* (du Ministère du Travail) publie chaque mois une rubrique sur le chômage, il existe de plus une association française contre le chômage qui étudie tous les problèmes économiques et sociaux connexes au chômage.

« Cette association est en relation avec des associations de même nature en Belgique, en Allemagne, etc.

« J'ajoute enfin que la statistique générale de la France de concert avec l'Office du Travail a traité ou plutôt étudié le problème du chômage.

« La Direction du Travail a publié de nombreux documents sur les salaires dans un certain nombre de professions tant à Paris que dans les départements, cette question a été liée à celle du coût de la vie.

« L'application de la loi des accidents du travail a fait l'objet de nombreux rapports au point de vue juridique et financier, qui ont été élaborés par les soins du contrôle Accidents au Ministère du Travail. Ce service qui dépendait primitivement de la Direction de l'assurance, relève aujourd'hui du contrôle des assurances privées.

« Il y aurait, en effet, le plus grand intérêt à ce que ces problèmes sociaux et économiques fussent étudiés non seulement pour l'ensemble du territoire, mais encore à Paris et dans toutes les grandes villes.

« L'initiative de M. Gent me paraît donc des plus intéressantes et mérite d'être encouragée ; j'ajoute qu'il y a là tout un champ d'études pour les médecins et les hygiénistes.

(*Voir la suite page VII*).

De l'Œdème subaigu du membre supérieur droit DIT PHLÉBITE PAR EFFORT

par M. le Docteur ROCHARD
Chirurgien des hôpitaux

C'est d'une affection du membre supérieur droit, que je n'ai pas trouvée signalée dans nos traités de chirurgie, que je veux vous entretenir, affection peut-être aussi médicale que chirurgicale, mais que nous devons connaître, car c'est à nous chirurgiens que de pareils malades sont adressés.

C'est un œdème subaigu de tout le segment supérieur droit comprenant la main, l'avant-bras, le bras et les régions pectorale, sus-claviculaire, sus et sous-épineuses.

Les observations françaises recueillies en sont rares, je n'en ai trouvé que quatre, et voici dans quelles conditions. En 1910, j'eus l'occasion de voir un malade de ce genre, qui m'intrigua beaucoup ; je pris son observation, croyant que je me trouvais devant un cas tout à fait exceptionnel, quand deux ans plus tard, en 1912, il entra dans mon service de Saint-Louis un malade présentant des symptômes absolument identiques.

J'en exposais les caractères et les particularités à mes élèves, quand notre collègue Mouchet, qui était présent, se souvint d'avoir vu, quand il était chef de clinique du professeur Le Dentu, un cas qui y répondait et retrouva quelques notes qui constituèrent une troisième observation (1). Enfin, tout dernièrement, à la fin de mai, à la consultation de Saint-Louis dont il est chargé, M. Mouchet rencontra un quatrième cas, encore tout à fait semblable; il ne me le montra pas et cependant cela m'eût intéressé ; mais il fit, en présentant son observation, une communication sur ce sujet à la Société de médecine de Paris (24 mai 1913). Voilà le type clinique que présentaient ces quatre malades. L'observation du premier cas, que j'ai observé, suffira pour vous les faire connaître tous.

En février 1910, un de mes amis vint me consulter pour un œdème intéressant la totalité du membre supérieur droit.

M. X... était âgé de 54 ans et a toujours joui d'une excellente santé ; il ne porte pas son âge.

A l'interrogatoire, j'apprends que l'affection a débuté lentement et que l'œdème est le seul symptôme qui ait caractérisé cette période.

Cet œdème a commencé par le bras, puis a gagné en bas l'avant-bras et la main ; en même temps, il envahissait en haut la région sous-pectorale, deltoïdienne, sus-claviculaire, axillaire et la face postérieure du moignon de l'épaule.

Augmentant petit à petit, cet œdème est arrivé à son maximum en dix jours.

Je constate, en effet, que le membre supérieur droit, considérablement augmenté de volume, revêt dans son ensemble l'aspect d'un manchon cylindrique sans reliefs ; en haut, l'œdème intéresse en avant la région de l'épaule, s'étendant sur la région pectorale et sur la région sus-claviculaire ; en arrière, il occupe la fosse sus-épineuse et aussi la fosse sous-épineuse ; le pli du coude a disparu ; la face dorsale de la main est considérablement œdématiée et les doigts enflés ont l'aspect de saucissons.

Cet œdème a une coloration particulière : il n'est pas blanc, mais teinté en rose ; il est dur ; enfin, il est sillonné au niveau du bras, de l'aisselle et de la région pectorale d'un véritable lacis de petites veinules noirâtres, dilatées, ressemblant à une tête de Méduse, et trahissant la gêne vasculaire profonde. Quant aux veines basilique et céphalique, elles sont invisibles, masquées qu'elles sont par l'œdème.

La palpation dn membre supérieur ne réveille aucune douleur, excepté à une pression forte an niveau de la partie supérieure de la face interne du bras, sur le trajet du paquet vasculo-nervenx. On ne sent aucun cordon induré ni sur le trajet de la veine céphalique ni sur celui de la veine basilique.

En dehors de cela, le malade ne souffre pas, il n'a jamais souffert ; tous les mouvements seraient possibles, s'ils n'étaient gênés par l'œdème.

La température du membre est la même que celle du côté opposé ; il n'y a pas de troubles de la sensibilité, ni au toucher, ni à la chaleur ; on ne sent aucun des ganglions de l'aisselle ; les battements des artères radiale et cubitale sont perceptibles.

L'état général est bon ; le cœur et les poumons sont normaux ; les nrines ne présentent rien de particulier. Jamais de fièvre.

Enfin, l'examen des antécédents ne révèle aucune tare, ni héréditaire, ni personnelle ; pas de syphilis.

Malgré le traitement (repos et compression), l'affection resta stationnaire pendant environ un mois, puis progressivement l'œdème disparut en commençant par la main, pour se terminer après deux mois et quelques jours. Depuis trois ans, le malade n'a plus jamais rien présenté d'analogue.

En résumé, on se trouve en présence d'un œdème subaigu, apyrétique, localisé au membre supérieur droit, qui a évolué sans qu'on puisse invoquer quoi que ce soit à son origine, pas même un traumatisme. Le malade — d'une classe aisée où on a coutume de s'observer — ne se rappelle rien.

Il chasse beaucoup, mais ne s'est pas servi de son fusil plus que de coutume, et n'a jamais observé la moindre douleur après une journée de chasse. Il ne rattache donc la production de son œdème à aucun traumatisme.

Ma deuxième observation est calquée sur la première : il s'agissait d'un garçon de 24 ans, sans tare, et son médecin, ayant pris cet œdème pour une lymphangite, l'attribuait à une piqûre insignifiante du doigt, guérie, du reste, quand il vint à l'hôpital.

L'observation recueillie dans le service du professeur Le Dentu par M. Mouchet est un peu sommaire. Mais il est noté que c'est en soulevant un piano très lourd que le malade ressentit une très vive douleur dans l'épaule droite et cessa son travail.

La dernière observation de M. Mouchet est en tous points semblable aux deux premières que j'ai citées. C'est un matin au réveil, que le malade s'est aperçu que sa main et son bras étaient enflés ; la seule particularité est qu'il eut un Wassermann positif ; j'y reviendrai.

Ce sont les seules observations que j'ai pu recueillir et il me semble qu'elles présentent un type clinique bien net, qu'on peut résumer par ces caractères principaux :

Election du membre supérieur droit;

Œdème occupant tout ce membre supérieur, y compris la région sus-claviculaire et pectorale;

Œdème dur, d'une coloration rougeâtre, avec lacis particulier de petits réseaux veineux noirs;

Œdème qui n'est point accompagné de cordons durs, le long des veines superficielles de l'avant-bras et du bras;

Enfin, l'absence de traumatisme dans l'étiologie des lésions.

Notre collègue Lenormant, dans la *Presse médicale* (14 septembre 1912) et dans le *Journal de Chirurgie* de la même année, a fait paraître deux articles sur le même snjet dit *phlébite par effort* par les Allemands, et y a relaté sept observations qu'on trouvera dans la thèse que j'ai fait faire, à mon élève Pellot, sur le même sujet ; voyons si ces observations cadrent avec celles que je viens de mentionner.

Et d'abord, en ce qui est du côté droit, six d'entre elles se rapportent à ce côté. Une seule, celle de Schepelmann, concerne le hras gauche ; mais il s'agit d'un jeune homme de 22 ans qui a eu 22 attaques de rhumatisme, à la suite desquelles il est resté une légère insuffisance mitrale accompagnée de bradycardie, ce qui différencie un peu ce malade des nôtres. On peut donc dire que l'affection particulière dont nous nous occupons, que cette phlébite, si phlébite il y a, a hien son lieu d'élection sur le membre supérieur droit.

Les phlébites du membre supérieur sont relativement très rares par rapport à celles du membre inférieur, et on peut se demander s'il n'y a pas pour ce membre supérieur une élection du côté droit, comme pour le membre inférieur, il y a envahissement beaucoup plus fréquent, par la phlébite, du membre inférieur gauche, même à la suite d'opérations aseptiques et pratiquées à droite, comme les cures radicales de hernie, par exemple.

L'étendue de l'œdème à tout le membre supérieur, y compris l'épaule et la région pectorale, a été signalée aussi dans toutes les observations, sauf dans une observation d'Heinecke, assez dépourvue de détails, du reste, dans laquelle il est dit que la région de l'épaule et du tronc ne sont pas œdématiées, et que l'œdème cesse au niveau de l'insertion inférieure du muscle deltoïde ; mais cette maladie fut légère et de courte durée et, au bout de quinze jours, le malade put être considéré comme guéri. Cette observation s'écarte donc des nôtres.

Quant à la durée de l'œdème, à sa coloration plus ou moins rosée et violacée, à la présence de lacis veineux sur le bras et la région pectorale, tous ces signes sont notés dans la plupart des observations allemandes, mais dans plusieurs d'entre elles on remarque le réseau superficiel formé par les veines de l'avant-bras et par les veines basilique et céphalique beaucoup plus développé que dans nos observations. (Schrotter, Heinecke, Schepelmann, Rosenthal.)

Par contre, dans plusieurs observations comme dans la troisième d'Heinecke, il existait des caillots qu'on sentait nettement dans les veines dilatées. Dans une observation de Rosenthal, on signale même la présence de ganglions dans l'aisselle.

Ces quelques particularités différencient plusieurs ohservations allemandes des nôtres; mais les caractères principaux restent les mêmes. Arrivons à la question peut-être la plus difficile à résoudre, celle de l'étiologie. Nous avons vu que, dans trois de nos observations, on ne pouvait véritablement pas admettre le traumatisme comme cause de la thrombose veineuse ; dans les observations allemandes, au contraire, il y a des traumatismes récents ou anciens bien nets de signalés. Dans une observation d'Heinecke, il y avait eu, un mois et demi avant l'apparition de l'œdème, une fracture de la clavicule, et il se peut que le cal ait joué nn rôle dans la production de cet œdème ; dans un autre cas (Schepelmann), c'est un effort en tirant sur les rênes d'un cheval ;

(1) Parurent alors les deux articles de Lenormant dans la *Presse médicale* du 14 septembre 1912 et du *Journal de Chirurgie*, sur les thromboses veineuses, par effort.

dans les cinq autres observations, il semble bien que le traumatisme ait été insignifiant, puisqu'il a fallu rechercher avec soin quelle a pu être l'occasion de l'œdème pour lui attribuer une cause.

C'est pourquoi je n'ai pas voulu appeler cet œdème du bras, d'une nature particulière, phlébite par effort, puisque, dans la plupart des observations, il n'y en a pas eu. La dénomination a peu d'importance, le fait incontestable est que cet œdème ne peut être causé que par une thrombose veineuse, siégeant sur la veine axillaire.

Quelle est maintenant la pathogénie de cette thrombose, qui se manifeste sans cause aucune, qui, par conséquent, doit être séparée de toute phlébite infectieuse ? Ce serait donc une thrombose aseptique par lésion de l'endoveine, et cette lésion de l'endoveine serait une éraillure provoquée par des arrachements de veinules collatérales, arrachement qui serait la résultante d'une contraction musculaire comme tend à l'admettre Lenormant, dans son article. La chose est possible, mais peut-être, aussi, faudrait-il invoquer un état général particulier.

On voit bien, en effet, des phlébites goutteuses survenant sans aucun traumatisme, et l'on peut constater des thromboses produites par une infection sanguine dont nous pouvons ignorer la cause.

Reste la question de la syphilis, puisque le diabète et l'albuminurie n'ont été signalés dans aucun cas. Peut-être la vérole est elle capable de produire une phlébite ; il n'y a rien d'impossible à cela, mais nos malades n'avaient pas la syphilis ; seul, le dernier de M. Mouchet a eu un Wassermann positif ; mais cette réaction qui, au début, ne prouvait pas, quand elle était négative, qu'on n'avait pas eu la syphilis, maintenant, quand elle est positive, ne donne pas encore une certitude ; il y a des états pathologiques tels que le paludisme, paraît-il, qui donnent un résultat positif. Il n'en est pas moins vrai qu'avec un Wassermann positif, je mettrai le malade observé au traitement par le mercure ; je ne sais si M. Mouchet l'a fait, mais il sera intéressant de voir si cette thrombose s'est terminée comme les autres.

Je ne dirai rien du traitement, qui consiste en élévation du bras, compression douce, massage ; jusqu'ici, il ne paraît pas que ces thromboses aient de la tendance à faire des emholies, les bras n'ont pour ainsi dire jamais été immobilisés d'une façon complète, mais il sera prudent de recommander au malade de limiter ses mouvements.

La question de cet œdème du bras pourrait se poser comme causée par un accident du travail, mais comme cet œdème guérit, il n'existe pas de déchet.

Observation. — M. G..., 21 ans, tubiste, se présente, le 12 octobre 1912, à l'hôpital Saint-Louis, salle Nélaton, dans mon service, pour un œdème généralisé du membre supérieur droit.

Il lui est impossible de dire à la suite de quoi est survenu cet œdème.

Celui-ci a commencé par l'avant-bras pour gagner d'une part le poignet et la main, d'autre part, le bras, la région axillaire, pectorale et le moignon de l'épaule.

En trois jours, l'œdème a atteint son maximum.

On est, en effet, frappé de l'augmentation de volume du membre supérieur droit, lequel apparaît cylindrique, sans reliefs ; la main est surtout très enflée au niveau de la face dorsale et les doigts ressemblent à des boudins.

La peau est rosée, violacée par endroits et surtout on trouve une circulation veineuse intense aux dépens des petites veines du moignon de l'épaule et particulièrement de celles du bras.

Tous les mouvements sont gênés, mais possible. On trouve dans l'aisselle de petits ganglions durs, mais il y en a aussi du côté gauche ; il n'existe pas de troubles de la sensibilité. Le malade accuse une douleur à la pression au sommet de l'aisselle.

Pas de fièvre, les urines sont normales. Le malade présente une excellente constitution ; il n'a jamais eu de maladie infectieuse, pas de syphilis.

On institue un traitement compressif. Le 9 novembre, soit vingt jours après le premier examen, l'avant-bras et la main commencent à réapparaître normaux.

Le 14 novembre, le membre supérieur est redevenu à peu près normal ; il n'y a plus que quelques varicosités dans la région deltoïdienne.

L'affection a donc duré vingt-cinq jours ; le malade revu quatre mois après présentait encore une circulation veineuse apparente au niveau du bras, mais à aucun moment il ne s'est ressenti de cette affection.

Observation de M. le Dr Mouchet. — Alors qu'il était chef de clinique chez M. le professeur Le Dentu, M. le Dr Mouchet, chirurgien des hôpitaux, recueillit l'observation suivante :

Un homme de 30 ans, très vigoureux, entre à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, pour un œdème considérable de tout le membre supérieur droit.

Cet homme, occupé dans une maison de pianos, raconte qu'en soulevant un piano très lourd, il a ressenti une douleur très vive dans l'épaule droite, qui l'obligea de cesser son travail.

Peu de jours après, le membre supérieur avait considérablement augmenté de volume ; il existait, principalement au niveau du bras, de l'aisselle et de la région deltoïdienne, une circulation veineuse sous-cutanée considérable et très sinueuse.

Le malade se plaint de tout le membre, qu'il dit sentir très lourd et engourdi ; les mouvements sont conservés, mais lents, paresseux et entraînant rapidement de la fatigue.

On ne sentait chez lui aucune induration des veines profondes ; il n'y avait pas d'adénite.

Aucune trace de maladie infectieuse antérieure à l'infection.

Le malade, amélioré par la compression, quitte l'hôpital au bout de quinze jours ; il n'a plus été revu.

Observation de M. Mouchet, présentée le 24 mai dernier à la Société de Médecine de Paris. — R... (Henri), solide gaillard, grand et musclé, de 24 ans 1/2, exerçant la profession de mécanicien (exactement, monteur-ajusteur de machines) est, comme tel, appelé à manœuvrer de très grosses pièces, pesant plusieurs centaines de kilos.

Le 12 mai 1913, en se levant, il s'est senti la main droite comme engourdie, mais il lui semble qu'il aurait pu travailler s'il avait eu du travail à faire ; comme c'était le lundi de la Pentecôte, jour férié, il n'a pas travaillé.

Le lendemain 13 mai, il a travaillé toute la journée. Depuis la veille au matin, son bras, son avant-bras et sa main étaient enflés. Cet œdème ne le gêna pas pour travailler ; au contraire, la main sembla au malade désenfler pendant son travail et, le soir, il ne fut pas plus fatigué que d'habitude.

Cependant, un pharmacien qu'il était allé consulter lui conseilla, puisque son bras était enflé, de cesser son travail. Après avoir travaillé toute la matinée du 14, R... suivit le conseil du pharmacien, et cessa son travail à midi.

Ayant trouvé deux témoins de bonne volonté, il se fit « porter à l'assurance », selon son expression, en déclarant que ce gonflement était survenu à la suite d'un effort pendant son travail. Un médecin, consulté alors, parut douter du rôle joué par le traumatisme.

Quoi qu'il en soit, R... se présenta le lendemain à l'hôpital Saint-Louis, et je constatai l'état suivant : un *œdème de tout le membre supérieur droit* depuis la racine des doigts (les doigts sont indemnes) jusqu'aux régions scapulaire et sternale ; j'ai dit, sternale, car l'œdème envahit toute la paroi antérieure de l'aisselle, sa paroi interne et la partie la plus externe des fosses sus et sous-épineuses.

En outre, sur la face externe du bras, on observe des *varicosités* superficielles assez accentuées ; sur la paroi interne de l'aisselle et sur la paroi antérieure jusqu'au voisinage du sternum, ce sont de gros troncs veineux dilatés, comme on en observe dans les compressions des troncs veineux profonds.

La circonférence de la main, prise au niveau de la commissure du pouce est de 25 centimètres au lieu de 24 ; celle du poignet est de 20 centimètres au lieu de 19 ; celle de l'avant-bras, à la partie supérieure, la plus musclée, est de 31 centimètres au lieu de 29.

La circonférence du bras à la partie moyenne est de 34 centimètres au lieu de 29 ; celle de la région deltoïdienne prise sous le pli axillaire est de 38 centimètres au lieu de 34.

Il est possible de sentir une *induration au niveau du tronc de la veine axillaire*, étant donnée la disposition du réseau veineux sous-cutané dilaté, ce ne peut être que sur ce tronc que siège l'oblitération.

Pendant les premiers jours, les téguments ont une *coloration violacée*, surtout à l'avant-bras et à la main.

Notre malade n'éprouve *aucun trouble fonctionnel* ; il a seulement la sensation que son bras est plus lourd que le gauche. Mais, comme nous l'avons dit plus haut, s'il a interrompu son travail, c'est avant tout par prudence, par précaution ; ce n'est pas par nécessité.

Quelle a été la *cause* de cette thrombose ? La réponse n'est pas aisée. Notre premier malade atteint d'une thrombose du même ordre, observé par nous en 1903 dans le service de notre maître M. le professeur Le Dentu, invoquait un effort violent en soulevant un piano ; le second malade observé par nous, avec notre maître M. Rochard, n'accusait aucun trauma antérieur. Ce troisième malade R... a été pris en se levant, au lendemain d'une journée de fête où il n'a pas travaillé, mais seulement « bricolé » dans une cave, des premiers phénomènes de sa thrombose.

L'examen du sang pratiqué dans le laboratoire du Dr Gastou a permis d'obtenir une *réaction de Wassermann* totalement positive.

En l'absence de toute altération du système circulatoire chez S... et de toute maladie infectieuse antérieure, doit-on faire intervenir la syphilis, et la syphilis seule, dans la genèse de la thrombose ? Oui, s'il est prouvé que la réaction de Wassermann totalement positive permet d'affirmer l'existence de la syphilis. Mais beaucoup d'auteurs tendent actuellement à admettre que cette affirmation n'est pas permise, si la clinique n'est pas d'accord avec le laboratoire. Or, notre malade non seulement nie toute syphilis, mais ne présente aucun stigmate de syphilis acquise ou héréditaire. Alors ? L'interpréta-

tion de cette thrombose reste donc obscure.

Quoi qu'il en soit, la guérison de cette thrombose s'annonce comme très prochaine. Sous l'influence du repos, de la suspension du membre, d'une compression modérée de la périphérie à la racine, le gonflement a presque disparu actuellement ; le réseau veineux thoracique et axillaire est à peine visible. Le blessé ne présente aucun trouble parétique, aucune raideur ; enfin, depuis le 1er juin, on ne sent plus d'induration sur le trajet de la veine axillaire (1).

(1) *Soc. de chir.*

Le Dosage en Cryothérapie locale

par MM. A. BÉCLÈRE et H. BÉCLÈRE

Tous les médecins connaissent les avantages que la thérapeutique peut retirer de l'emploi du *froid*, soit sous forme d'applications à toute la surface du corps, c'est la *cryothérapie générale*, soit sous forme d'applications circonscrites à une région déterminée et plus ou moins étroite de cette surface, c'est la *cryothérapie locale* ; cette dernière seule fera l'objet de notre communication.

La glace, le mélange de glace et de sel marin, l'éther sulfurique, l'éther éthylique, le sulfure de carbone, le chlorure de méthyle, le chlorure d'éthyle, le bromure d'éthyle, l'acide carbonique neigeux, l'air liquide, telles sont les principales substances qui, tour à tour, ont été mises au service de la cryothérapie locale.

De ces diverses substances, c'est *l'acide carbonique* neigeux ou *neige carbonique* qui, depuis plusieurs années, est le plus en faveur ; nous aurons en vue principalement le dosage de cet agent thérapeutique.

La neige carbonique est employée avec succès dans le traitement d'un grand nombre de lésions de la peau, plus spécialement dans le traitement des nævi vasculaires, pigmentaires ou verruqueux, dans celui des lupus, des chéloïdes, des verrues et des épithéliomas, sans parler des tatouages.

Après beaucoup d'autres médecins de différents pays, nous avons eu l'occasion de vérifier, dans notre service de l'hôpital Saint-Antoine, les bons effets de cet agent thérapeutique contre les diverses affections que nous venons d'énumérer, spécialement contre les petits épithéliomas verruqueux qui se développent, avec une fréquence malheureusement trop grande, sur les mains des médecins radiologistes. Notre expérience personnelle nous a amenés à cette conclusion déjà maintes fois formulée par d'autres, à savoir que, dans un grand nombre de cas, la neige carbonique se montre un agent de destruction locale préférable en raison de la rapidité de son action, de l'étroite délimitation de ses effets et du peu d'intensité des réactions inflammatoires qu'il provoque, à tous les autres agents physiques, en particulier à la chaleur fournie par le thermo-cautère ou par le galvanocautère, aux rayons de Röngten, au rayonnement des sels du radium et des autres substances radio-actives. C'est aussi un agent de destruction locale dont l'acquisition et le maniement sont à la portée de tous les praticiens.

L'acide carbonique, maintenu à l'état liquide sous une pression de plusieurs atmosphères dans des récipients en fonte, est aujourd'hui vendu couramment à très bas prix. La détente produite par l'ouverture brusque d'un de ces récipients abaisse la température du jet d'acide carbonique auquel il donne issue, au point d'en amener la solidification partielle sous forme de neige. Rien n'est si facile que de recueillir cette neige dans une serviette ou une peau de chamois, de la tasser dans un moule approprié et de lui donner l'aspect d'un crayon. C'est ce crayon dont l'extrémité reçoit la forme et les dimensions désirées qui sert aux applications thérapeutiques.

La basse température de la neige carbonique, 79 degrés au-dessous de zéro, est la cause essentielle des réactions diverses qu'elle provoque depuis la rubéfaction simple jusqu'à la vésication épidermique et la mortification plus ou moins profonde du derme.

Comme la température de la neige carbonique demeure invariable, les réactions qu'elle met en jeu varient d'intensité avec la durée des applications et le facteur *temps* constitue, dans le dosage de son action thérapeutique, une condition très importante.

Mais l'expérience montre que, dans ce dosage, il intervient une autre condition dont l'importance dépasse celle de la précédente, c'est le facteur *pression*.

Suivant que la pression exercée par le crayon d'acide carbonique neigeux sur la région traitée est légère ou forte, les réactions provoquées par des applications de même durée sont extraordinairement différentes.

La cause principale de cette différence tient aux propriétés physiques de l'acide carbonique neigeux.

La première fois qu'on prend entre les doigts un crayon d'acide carbonique neigeux, on s'attend, en raison de sa basse température, à ressentir une pénible impression de froid. Cependant, on est tout étonné de n'éprouver qu'une impression de froid beaucoup moins vive et moins désagréable qu'au toucher d'un morceau de glace à 0 degré.

D'autre part, il est facile de tenir sur la paume de la main horizontalement étendue un crayon d'acide carbonique neigeux pendant tout le temps nécessaire à son évaporation complète, c'est-à-dire, suivant ses dimensions, *pendant vingt à trente minutes*, non seulement sans éprouver d'autre sensation que celle d'une légère fraîcheur, mais sans observer le moindre changement de coloration de la paume de la main, sans que celle-ci prenne en aucun point, l'aspect blanc de la peau congelée. C'est toutefois à la condition d'imprimer au crayon de légers mouvements de déplacement qui l'empêchent de reposer constamment sur les mêmes points.

Cette absence paradoxale de réaction est due au phénomène physique de la *caléfaction*. La neige carbonique, à la pression atmosphérique, est incapable, quand sa température s'élève, de se liquéfier comme la neige ordinaire, mais elle passe directement de l'état solide à l'état gazeux et s'entoure ainsi d'une véritable gaine de gaz carbonique qui la sépare et l'isole de la surface de la peau. Pour assurer le contact et la tendance à l'équilibre de température entre la neige carbonique et la peau, une pression assez forte est nécessaire. Telle est la raison principale des résultats thérapeutiques si différents obtenus par des applications de même durée, mais avec une pression inégale.

Quand on verse sur la neige carbonique un liquide capable de la dissoudre sans se congeler, tel que l'éther, l'alcool ou l'acétone, on obtient un mélange semi-solide et semi-liquide, de consistance pâteuse, dont l'aspect rappelle celui de la neige ordinaire en fusion. Des mesures thermométriques pratiqués d'abord à l'aide d'un thermomètre au toluène, puis répétées à l'aide d'une pile thermo-électrique à soudures de fer et de constantan, nous ont permis de nous assurer que, contrairement aux affirmations de plusieurs auteurs, la température de l'un ou de l'autre de ces divers mélanges n'est pas plus basse ou à peine plus basse que celle de l'acide carbonique neigeux : jamais nous ne l'avons vu descendre au-dessous de — 80 degrés.

Cependant, au moindre contact de la peau avec l'un de ces mélanges pâteux on éprouve immédiatement une sensation douloureuse de froid, un contact de cinq secondes seulement est suivi d'une vive rubéfaction longtemps persistante et dix périodes de contact suffisent pour provoquer de la vésication. C'est qu'ici, sans pression aucune, le contact est intime entre la neige carbonique en fusion et la peau : le phénomène de la caléfaction ne se produit plus et aucun gaz interposé ne vient mettre obstacle au rapide équilibre de la température.

Ces faits d'observation me conduisirent, en vue d'assurer le dosage thérapeutique de l'acide carbonique neigeux, à ne plus l'employer sous forme de crayon solide, mais sous forme de neige en fusion dans un dissolvant convenable et, pour faciliter le maniement et les applications sur la peau de ce mélange pâteux, à l'enfermer dans un récipient métallique bon conducteur de la chaleur.

Je fis donc construire, à la fin de l'année dernière, une série de petits récipients en argent. Ils ont tous une épaisseur de 1 demi-millimètre et diffèrent seulement par la forme et les dimensions de leur fond, c'est-à-dire de la surface destinée à être mise en contact avec la région malade à traiter. Chez les uns, cette surface a la forme d'un cercle dont le diamètre varie de 5 à 10 millimètres. Chez d'autres, elle a la forme d'un carré de 10 ou de 20 millimètres de côté. Chez d'autres enfin, elle est punctiforme et représente le sommet du récipient en forme de cône. Tous ces récipients se vissent à l'extrémité inférieure d'un petit réservoir cylindrique en ébonite, évasé en entonnoir à son extrémité supérieure, et recouvert à sa partie moyenne, que tient en main l'opérateur pendant les applications thérapeutiques, d'une enveloppe de molleton ou de liège.

Le nom de *cryocautère* me semblait pour cet instrument une appellation prédestinée et je me proposais de le lui donner quand, par suite des retards apportés à la construction, je fus devancé par M. le professeur Bordas. En son nom, notre collègue, M. d'Arsonval, présenta à l'Académie des Sciences, le 30 décembre dernier, une *Note sur l'emploi des basses températures en cryothérapie*, où se trouve décrit et désigné comme cryocautère un instrument qui ne diffère pas essentiellement de celui-ci. M. Bordas doit donc être considéré comme le père légitime et comme le parrain du cryocautère. C'est d'ailleurs principalement en vue de réaliser un traitement aseptique qu'il a conseillé de substituer l'emploi de la neige carbonique en fusion à celui des crayons solides d'acide carbonique (1), tandis que je me suis préoccupé surtout du dosage de l'agent thérapeutique.

---

(1) « Cependant, outre la difficulté de conservation et de manipulation des crayons de CO^2, au cours d'une opération de quelque durée, l'emploi de cet agent thérapeutique n'est pas sans présenter quelques inconvénients.

« En effet, la blancheur de la neige carbonique est loin de constituer une garantie de sa pureté : pour s'en convaincre, il suffit d'évaporer un morceau de CO^2 dans un ballon contenant de l'eau distillée et stérilisée.

« On constate ainsi la présence de débris organiques, d'oxyde de fer, de matières grasses provenant des machines ayant servi à comprimer le CO^2, de bactéries, de levures et de moisissures de toutes sortes.

« Nous n'insisterons pas sur les dangers qui peuvent résulter d'une application directe sur une plaie, par exemple, de crayon de CO^2 ainsi souillé.

« L'instrument que nous venons de décrire, outre son maniement plus aisé aura l'avantage de pouvoir être facilement stérilisé après chaque intervention chirurgicale, ce qui supprimera les chances d'infection toujours possibles avec le CO^2 solide. (BORDAS. *De l'emploi des basses températures en cryothérapie. Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, Bulletin du 8 janvier 1913, n° 1, p. 84).

D'après les recherches expérimentales faites par mon collaborateur M. le Dr Henri Béclère sur la peau saine de l'homme, c'est-à-dire sur lui-même, et sur la peau saine du lapin; d'après les nombreuses observations cliniques que nous avons recueillies en traitant dans mon service de l'hôpital Saint-Antoine et dans notre pratique privée, à l'aide du cryocautère, les diverses affections cutanées justiciables de la cryothérapie locale, nous nous sommes convaincus que le remplacement des crayons d'acide carbonique solide par la neige carbonique en fusion dans un dissolvant convenable à l'intérieur d'un récipient métallique permet au médecin un dosage beaucoup plus facile et plus précis de l'action thérapeutique du froid. Tandis que le maniement correct du crayon carbonique exige une longue expérience qui ne s'acquiert, au détriment des malades, qu'après nombre de tâtonnements, celui du cryocautère peut être confié sans crainte à des débutants. Le facteur principal n'est plus la *pression* toujours difficile à évaluer, mais le *temps*, et il leur suffit de consulter une montre à secondes, en se conformant pour la durée de l'application aux indications, variables avec la nature de la maladie, qui leur sont données.

Cependant, nous avons constaté sur les animaux en expérience et sur les malades en traitement que, même avec l'emploi de la neige carbonique en fusion, pour une même durée d'application, les réactions varient suivant que la pression est forte ou faible. Ce facteur joue un double rôle ; la pression plus forte qui assure un contact plus parfait entre la surface cutanée et la surface métallique refroidie du cryocautère rend plus rapide entre elles l'équilibre de température ; la pression plus forte qui diminue l'épaisseur des tissus comprimés, permet à la congélation d'atteindre dans le même temps, des éléments anatomiques plus profondément situés. Au point de vue de la précision du dosage, il y a donc intérêt à pouvoir mesurer exactement cette pression.

C'est ce qu'a réalisé mon collaborateur M. Henri Béclère, en imaginant le cryocautère à indicateur de pression, ou cryocautère manométrique que notre collègue M. d'Arsonval a bien voulu présenter en son nom à l'Académie des Sciences dans la séance du 28 avril dernier (1).

Voici le cryocautère du docteur Henri Béclère. C'est, à l'intérieur d'une double gaine d'ébonite ou de liège, un tube cylindrique en métal quelconque dont le fond, de forme et de dimensions variables, est formé par une lame très mince de cuivre rouge ou d'argent. La main de l'opérateur tient la gaine extérieure et transmet au fond du tube appuyé sur la peau du malade une pression variable par l'intermédiaire d'un ressort muni d'un index qui se déplace le long d'une ligne graduée. On lit ainsi la valeur en kilogrammes et en fractions de kilogrammes de la force exercée par le ressort sur le fond du tube et, si on tient compte de la surface de ce dernier, il devient facile de calculer exactement la pression imprimée à la peau.

En résumé, dans les applications de la cryothérapie locale, en dehors des facteurs inhérents au malade, l'âge, le sexe, la région de la peau et la nature de la lésion traitée, les réactions thérapeutiques dépendent essentiellement de trois facteurs :

1° La température plus ou moins basse de l'agent réfrigérant ;
2° La durée de l'application ;
3° La pression exercée sur la peau.

(1) Dr Henri Béclère. *La pression et la thermométrie en cryothérapie.* Note présentée à l'Académie des Sciences, dans la séance du 28 avril 1913, par M. d'Arsonval. (*Comptes rendus* n° 18, 5 mai 1913, p. 1339).

Nous pouvons aujourd'hui mesurer exactement ces trois facteurs. Il est donc permis de prévoir le jour où l'action du froid sera véritablement dosée, où la posologie de cet agent thérapeutique sera définie, ou des indications précises remplaceront les renseignements assez vagues contenus dans les diverses publications sur le sujet, et où la cryothérapie locale, pour ainsi dire codifiée, deviendra une méthode thérapeutique à la portée des praticiens les moins expérimentés.

D'ailleurs, ce n'est pas seulement la neige carbonique en fusion et en dissolution, mais d'autres substances à température moins basse comme le chlorure de méthyle (— 65 degrés), et surtout d'autres substances à température plus basse comme l'air liquide (— 80 degrés) ou même comme l'hydrogène liquide (250 degrés) qui pourront être employées et dont l'action thérapeutique pourra être dosée à l'aide du cryocautère à indicateur de pression du docteur Henri Béclère.

J'en ai fini avec les considérations que je voulais vous soumettre sur le dosage en cryothérapie locale, mais vous me permettrez d'ajouter quelques mots au sujet de la technique du traitement à l'aide de l'acide carbonique neigeux.

Malgré les avantages des instruments que je viens de vous présenter, les médecins dermatologistes qui savent très bien manier le crayon d'acide carbonique solide continueront sans doute à l'employer, ce dont je ne saurais les blâmer. J'avoue même volontiers que pour le traitement des lésions à surface anfractueuse, je trouve le crayon préférable parce qu'en s'évaporant inégalement au contact de la lésion, il s'adapte mieux qu'une lame métallique plane aux irrégularités de la surface traitée.

Quand on fait usage de crayon d'acide carbonique solide, il importe de limiter étroitement son action à la surface malade et il n'est pas toujours facile de donner à son extrémité en contact avec la peau une forme parfaitement adéquate sans compter que l'évaporation de la neige ne cesse d'en modifier la forme primitive. Pour localiser l'action du crayon, nous avons employé diverses substances, diachylon, carton, ébonite, celluloïd. Aucune ne nous a semblé aussi commode que le liège. On trouve dans le commerce des feuilles de liège d'un demi-millimètre à un millimètre d'épaisseur dans lesquelles rien n'est plus facile que de découper un orifice dont la forme et les dimensions reproduisent exactement celles de la région malade ; on préserve ainsi de l'action du froid les parties saines avoisinantes.

Quand on emploie l'acide carbonique à l'état de neige en fusion dans un liquide, on a le choix entre divers dissolvants, spécialement entre l'éther sulfurique, l'alcool et l'acétone ; la température de ces trois dissolutions demeure sensiblement égale, comme nos recherches nous l'ont démontré, à celle de l'acide carbonique solide.

Toutefois, il convient de rejeter l'éther trop volatil dont les vapeurs au voisinage d'un corps en ignition risquent de s'enflammer et de s'en tenir à l'alcool à 90 degrés ou à l'acétone. Ce dernier a sur l'alcool l'avantage de dissoudre l'acide carbonique neigeux plus rapidement et en plus grande quantité.

Un des inconvénients de la cryothérapie locale à l'aide de l'acide carbonique, sous forme de crayon solide ou de neige en fusion, quand elle provoque la vésification de la peau, c'est que la rupture de l'épiderme soulevé ouvre souvent la porte à des infections secondaires avec inflammation et suppuration du derme.

Mon collaborateur M. Henri Béclère a trouvé le moyen de prévenir cette vésication, en apparence inévitable à partir d'une certaine durée d'application, et de supprimer ainsi toutes les complications qu'elle est capable d'entraîner.

Ce moyen consiste à traiter les régions congelées par la neige carbonique comme on traite les brûlures récentes, c'est-à-dire à les badigeonner avec une solution aqueuse ou mieux avec une solution alcoolique d'acide picrique à saturation.

Des applications de neige carbonique, d'une durée variable, de 10 à 60 secondes, sur les deux oreilles d'un lapin, ont été invariablement suivies de vésication et de suintement séro-purulent du côté qui n'avait pas pas été traité par l'acide picrique, tandis que l'oreille badigeonnée avec cet acide n'a présenté aucune trace de vésication. Chez les malades traités par des applications de neige carbonique et badigeonnés aussitôt après avec une solution d'acide picrique, nous n'avons observé que par exception un très léger soulèvement épidermique.

Pour prévenir la vésication mon collaborateur recommande aussi comme plus actif, le mélange suivant :

Acide picrique en solution alcoolique saturée............	175 c.c.
Aldéhyde formique en solution, à 10 p. 100..............	50 c.c.
Acide chromique en solution, à 1 p. 100..................	25 c.c.
Mêlez.	

Mais la simple solution d'acide picrique me paraît suffisante (1).

REVUE CLINIQUE

Inanition prolongée consécutive à des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage chez une fillette de sept ans

Par MM. B. WEIL-HALLÉ et ABRAND.

L'observation de la petite malade, que nous présentons à la Société, nous a paru intéressante à un double titre. Elle apporte une contribution à l'histoire des rétrécissements cicatriciels multiples et étendus de l'œsophage, étudiés à l'aide de l'œsophagoscopie et heureusement traités sous son contrôle. Mais elle offre de plus au biologiste un exemple remarquable de la tolérance, par un organisme en voie d'évolution, d'une inanition prolongée et extrême.

Louise R... a six ans et demi. Elle est née d'un père âgé de trente-trois ans, bien portant jusqu'à cet hiver et qui aurait eu récemment des hémoptysies. Il paraît néanmoins sain et vigoureux. La mère est morte à trente-trois ans, il y a trois ans, d'une maladie de cœur. Elle a un frère âgé de neuf ans, bien portant.

Elle-même venue à terme, nourrie au sein, a marché de bonne heure. Elle a eu la rougeole à un an et une broncho-pneumonie à cinq ou six mois.

Au mois de février 1912, l'enfant rentrant de l'école et croyant boire du vin blanc, a absorbé une gorgée d'une solution de potasse caustique (le père est peintre et se sert de ce produit) ; elle en aurait pris très peu et rejeté aussitôt la plus grande partie. Quelques heures après, un médecin ordonne un vomitif et du lait.

Les jours suivants, elle offre les signes d'une stomatite intense avec gonflement de la langue et des gencives, aspect blanchâtre de la muqueuse, parole et déglutition très pénibles, ptyalisme marqué.

La guérison de ces accidents est obtenue en quinze jours environ, par des attouchements à la glycérine boratée.

(1) Acad. de Médec.

Dès les premiers jours, l'enfant vomit, aussitôt après l'ingestion, les aliments qu'on lui donne ; seuls les liquides peuvent passer et encore les liquides chauds provoquent-ils une sensation de vive brûlure localisée à la partie supérieure du thorax.

Elle maigrit dès ce moment d'une façon intense.

Un mois après, l'inanition était déjà, semble-t-il, assez prononcée, puis qu'on la conduit comme atteinte de tuberculose au Dr A..., qui la considère comme telle et ordonne la suralimentation viande, purée, etc.... Tous ces aliments, bien entendu, ne franchissent pas l'œsophage et l'enfant rejette le tout aussitôt absorbé.

Au bout de deux mois de traitement à l'aide de piqûres et médications diverses, on lui prescrit des crêmes froides, du lait, qui ne sont d'abord en aucune façon tolérés, pas plus que les aliments consistants. Petit à petit, nous dit-on, ces aliments semblent passer par périodes de trois ou quatre jours, suivies de périodes de rejet, mais toujours avec des régurgitations même dans les meilleurs moments.

La constipation est tenace, l'enfant est dans un état de faiblesse extrême ; elle est toujours glacée. Elle ne tousse pas. Elle a conservé son intelligence intacte et possède un *appétit considérable* qui ne l'a pas abandonnée depuis le début de sa maladie. C'est à ce moment qu'elle est amenée à notre consultation de l'hôpital Bretonneau, en novembre 1912. Le visage est pâle, amaigri, avec les pommettes saillantes ; les yeux sont profondément enfoncés dans les orbites. Le corps est vraiment squeletique et ne saurait mieux se comparer qu'à ces images effrayantes des victimes des famines aux Indes.

Les masses musculaires sont réduites à néant ; la peau, trop large, s'enroule autour des os, ou plaque sur eux en dessinant tous leurs reliefs. Elle a une coloration ardoisée bleuâtre. Les orbites sont très excavés, la bouche grimaçante. Seuls les yeux ont quelque vie. La démarche est hésitante

L'examen de l'appareil respiratoire ne révèle ni symptômes fonctionnels, ni signes physiques d'aucune affection. L'enfant rejette quelques crachats, nous dit-on ; mais ce ne sont vraisemblablement que des glaires pharyngées ou œsophagiennes.

L'abdomen est très déprimé ; les viscères sont normaux ; le foie paraît diminué de volume. La cuti-réaction est négative.

L'examen radioscopique, pratiqué par le Dr Lobligeois, est fort intéressant et montre que le lait de bismuth s'amasse dans une sorte de poche terminée à sa partie inférieure en cul-de-sac à forme de bec de canard et qu'il ne dépasse pas le 8e espace intercostal.

On prescrit temporairement des lavements alimentaires.

L'un de nous la soumet alors à diverses épreuves. Le premier examen, à la sonde fine de Bonchard et sans anesthésie, est absolument négatif, parce que la sonde s'arrête au pharynx, et l'on décide aussitôt de chloroformer l'enfant et d'essayer si le résultat de l'œsophagoscopie paraît devoir l'autoriser, de faire une œsophagotomie.

Dès l'entrée de l'œsophage, se rencontre un rétrécissement assez serré, que franchit seule la sonde no 13. On le dilate aussi largement que possible et on peut faire admettre le no 26 ou 27, ce qui permet d'introduire un fin œsophagoscope. L'exploration du conduit à travers ce tube montre, après 7 à 8 centimètres environ, d'une région dilatée ayant 2 1/2 à 3 centimètres de diamètre, un orifice fin, excentrique, où peuvent passer de petites bougies. L'opération est suspendue dans la crainte d'effets fâcheux d'un chloroforme trop prolongé. Ces craintes étaient vaines, du reste, et l'enfant a supporté à merveille son anesthésie, elle n'a même pas eu de nausées et a pu boire avidement une tasse de lait que, sur ses instances répétées, on a fini par lui présenter une demi-heure ou une heure après l'examen.

Une seconde séance, huit jours après, permet de constater un troisième arrêt de sonde au cardia. La portion rétrécie est longue, elle a bien 7 ou 8 centimètres. Puis, vient une ampoule du calibre normal de l'œsophage que suit le troisième rétrécissement. Ce jour-là, on pratique l'œsophagotomie interne du rétrécissement médian sans incident.

A la troisième séance, le canal œsophagien admet à ce niveau la sonde 18.

Ainsi donc, la première séance a confirmé les résultats de la radiographie très belle qu'a faite le Dr Lobligeois : perméabilité de l'œsophage jusqu'à 7 ou 8 centimètres de l'hypopharynx, avec dilatation de cette région. Postérieurement, nous avons pu constater qu'au delà du second rétrécissement il en existe un troisième, avec intégrité presque complète du conduit dans l'intervalle, assez court d'ailleurs, qui les sépare.

L'état général de l'enfant s'est relevé d'une façon admirable, et rien n'en donne mieux l'idée que, d'une part, la comparaison entre ses photographies et, d'autre part, sa courbe de poids.

L'enfant pesait, en effet, 9 kilogrammes le 28 décembre, date de la première intervention ; c'est le poids d'un enfant de onze à douze mois.

28 décembre		9
30	—	10 665
4 janvier		11 140
6	—	11 540
11	—	11 900
23	—	12 400
1er février		12 440
8	—	12 640
15	—	13 210
1er mars		13 540
19	—	13 840

Actuellement elle pèse environ 15 kilogrammes.

Elle a subi quatre examens sous anesthésie. Dans l'intervalle, l'enfant est soumise à des dilatations progressives à l'aide des sondes de Bouchard. Le no 25 passe bien actuellement, et l'on pourrait augmenter le calibre. La simple prudence nous commande l'abstention, sous réserve d'augmenter le calibre dans quelques semaines ou mois.

La dilatation actuelle permet à l'enfant de prendre toute alimentation liquide ou demi-liquide, un peu de pain, des œufs, un peu de viande très tendre, des cervelles, du poisson, des petits pois, des cerises, etc.

Elle a eu, en avril, une bronchite grippale qui nous a forcé d'interrompre le traitement et dont elle s'est très bien guérie.

Non corrigée par son accident, elle a même avalé au cours d'un déménagement, des pastilles de kermès qu'on avait laissé traîner et a conservé des vomissements assez graves qui ont suivi un peu de spames pendant quelques semaines. Tout paraît avoir aujourd'hui disparu dans cet ordre de choses, et l'état va sans cesse s'améliorant.

En résumé, cette enfant, à la suite d'ingestion de potasse caustique, a été atteinte d'un triple rétrécissement de l'œsophage. Ce rétrécissement s'accompagne de la dilatation habituelle sus-jacente et transforme le canal œsophagien, sur une longueur de plusieurs centimètres, en un tube étroit à lumière excentrique et permettant à peine le passage de fines bougies.

L'œsophagoscopie a permis de repérer le siège des différents rétrécissements et leurs orifices ; ainsi on a pu pratiquer l'œsophagotomie interne, la dilatation du conduit, et permettre à cette enfant, mourant littéralement de faim, de se réalimenter.

Nous avons obtenu là un résultat très heureux, vu la gravité habituelle de ces variétés de rétrécissements œsophagiens, gravité d'autant plus à redouter qu'il s'agissait ici d'une enfant jeune et en pleine croissance.

Nous remarquerons, d'ailleurs, qu'il n'existait pas de rétrécissement pylorique, si souvent associé aux rétrécissements œsophagiens, dûs à l'ingestion de liquide caustique.

Si nous étudions, d'ailleurs, l'inanition qu'avait subie notre petite malade, elle nous offre quelques détails qui méritent de retenir l'attention. Le nombre des documents de ce genre est assez rare, et il est tout à fait exceptionnel d'en rencontrer de pareil. Cette fillette avale, en février, le liquide caustique ; l'atrésie œsophagienne s'accentue sans doute peu à peu, mais ne tarde pas à atteindre un degré extrême. Nous l'observons en octobre pour la première fois, et, à ce moment, elle a l'apparence d'un squelette ambulant et âgé de sept ans, elle ne pèse pas plus qu'un nourrisson de onze à douze mois, soit 9 kilos. En lui accordant, avant l'accident, le poids moyen d'un enfant de son âge, soit, 17 kilos environ, nous constatons qu'elle a pu, sans succomber, perdre près de 53 p. 100 de son poids initial.

Il y a déjà là un fait remarquable, car la plupart des travaux sur l'inanition, notamment les recherches expérimentales de Chossat (1), les observations de Bouchaud (2), considèrent que la mort survient quand l'amaigrissement atteint les 30 à 40 pour 100 du poids. L'animal succombe d'autant plus vite qu'il est plus jeune et en période d'accroissement. M. Lépine, dans l'article « Inanition », du Dictionnaire Jaccoud, explique cette moindre résistance par le fait que les matériaux utilisés pour la croissance sont perdus pour l'entretien. Cette remarque, fort exacte, augmente encore l'intérêt de notre observation.

La tolérance, tout à fait inusitée de notre petite malade, ne s'explique que par la lenteur relative du processus d'inanition et l'adaptation graduelle de son organisme à un état de vie ralentie. Nous n'avons pu malheureusement en étudier à loisir tous les caractères, car elle n'a jamais séjourné à l'hôpital.

Mais nous avons pu cependant relever quelques détails importants. Cette malade, même au degré suprême de son émaciation, venait à notre consultation ; elle ne présentait ni délire ni agitation même. Une analyse d'urine, incomplète d'ailleurs, pratiquée avant toute réalimentation, a montré, avec un volume total de 100 grammes environ, la réduction du taux de l'urée à 0, celle des chlorures à 0 gr. 50 par litre ; le pharmacien, étonné, croyait avoir eu de l'eau à analyser. En admettant même que l'analyse n'ait pas été pratiquée avec une rigueur absolue et que le taux de l'urée ait pu atteindre quelques centigrammes, il y a là une constatation à mettre en opposition avec les données classiques qui, selon Lépine, « établissent d'une manière irrécusable la présence d'urée dans l'urine d'un animal inanitié, à quelque période qu'on l'examine ». En particulier, les chats, animaux, il est vrai, essentiellement carnivores, étudiés par Bidder et Schmidt, par Voit, ont succombé, par inanition absolue, le premier au dix-septième jour, excrétant encore 0,8 d'urée après 1 gr. 6 et 3 grammes les jours précédents, le deuxième au treizième jour, avec 6 grammes d'urée.

Un autre fait remarquable est la persistance non seulement de la soif, mais de la faim chez notre malade. Son appétit avait subsisté à un degré tel qu'elle criait la faim dès la disparition de l'anesthésie chloroformique. Mais surtout on ne saurait trop s'étonner de l'intégrité de tous les organes, tube digestif, glandes annexes, et même, notons-le en passant, de son appareil thoracique, qui a pu éviter toute contagion tuberculeuse au milieu des malades de la clinique où on l'a soignée longuement.

Le tube digestif n'avait perdu aucune de ses capacités fonctionnelles, comme l'indiquent la rapide progression de poids, la qualité des excreta

(1) Chossat. Recherches expérimentales sur l'inanition. *Mém. des sav. étrangers*, 1843.

(2) Bouchaud. De la mort par inanition et études expérimentales sur la nutrition du nouveau-né. *Thèse*, Paris 1864.

l'amélioration rapide de l'état général. On est volontiers tenté de mettre en parallèle cette persistance, plusieurs mois durant, de l'aptitude fonctionnelle des organes, privés de toute excitation, mais restés à l'abri de processus toxique, et la déchéance du tube digestif et de ses annexes chez le nourrisson athrepsique, parvenu au stade de « décomposition » des auteurs allemands et incapable, même après la disparition des accidents aigus, de récupérer ses facultés. (1).

REVUE DE CHIRURGIE

Traitement opératoire des Fractures de la rotule

par M. le Dr TYTGAT
Agrégé spécial à l'Université de Gand.

On constate généralement, lors de l'intervention pour fractures de la rotule, certaines particularités sur lesquelles il est bon d'appeler l'attention. D'abord, et j'envisage ici surtout les fractures transversales, qui sont d'ailleurs les plus fréquentes, que les fragments, le supérieur sollicité par la traction musculaire, l'inférieur retenu par l'attache tibiale, non seulement s'écartent l'un de l'autre, mais subissent un mouvement de rotation autour d'un axe transversale, dont la conséquence est de reporter en avant la surface de fracture et de mettre plus ou moins en regard les surfaces cartilagineuses. Etant donné la petitesse des fragments et l'absence d'action qu'on a sur eux, il est, peut-on dire, impossible de corriger par des manœuvres non opératoires, cette rotation et d'amener les surfaces fracturées en contact. Une autre constatation est non moins importante : les parties molles fibro-tendineuses qui recouvrent la surface antérieure de l'os ne se rompent généralement pas suivant une direction linéaire correspondant au trait de fracture de l'os, leur déchirure se fait plus bas et est toujours irrégulière, un hord frangeux qui dépasse le fragment supérieur se retourne en dedans et vient s'interposer entre les fragments. Cette interposition est évidemment de nature à empêcher toute réunion osseuse des parties fracturées. Enfin, les ailerons de la rotule et la capsule articulaire sont toujours déchirés sur une étendue plus grande qu'on ne pourrait le croire ; des fragments de tissu fibreux souvent complètement détachés s'engagent entre les surfaces articulaires et peuvent provoquer à eux seuls déjà dans l'article une irritation chronique, en admettant même que tout le sang épanché dans la cavité articulaire se résorbe complètement et que des résidus de cette hémorragie intra-articulaire n'aient déjà produit cette irritation.

L'exposé de ces quelques constatations anatomo-pathologiques doit convaincre de l'impossibilité d'obtenir une réunion osseuse, de la fracture transversale, *a fortiori* de la fracture comminutive de la rotule sans ostéosynthèse. Le problème se pose donc de savoir si les résultats fonctionnels sont meilleurs et dans quelle mesure après une réunion osseuse qu'après une réunion par cal fibreux.

Cette question a notre avis n'admet qu'une réponse énergiquement affirmative. Nous avons pu observer d'une façon suivie une série de cas traités par la ponction articulaire, suivie de rapprochement des fragments de la rotule et de massage immédiat d'après le procédé de TILLANUS et nous avons constaté chez tous ces malades : défaut de réunion osseuse ; écartement des fragments qui tend à s'accentuer de plus en plus ; hydarthrose chronique ; atrophie musculaire persistante ; limitation des mouvements du genou ; trouble nombreux de la marche ; au point de vue de leur valeur fonctionnelle, tous auraient été des diminués ; dans un cas même nous avons assisté à la rupture complète du cal fibreux lors des premiers essais de marche.

Par contre nous avons traité par l'ostéosynthèse tous les cas que nous avons eus à traiter et les hasards de la clientèle nous les ont fournis assez nombreux et chez tous l'évolution ultérieure tant au point de vue de la durée du traitement que du résultat anatomique et fonctionnel a dépassé nos espérances. Chez tous nous avons obtenu une réunion osseuse ; la ligne de fracture étant imperceptible au bout de quelques semaines.

Je signalerai ici en passant, les deux cas les plus intéressants que nous ayons eus à soigner.

B... Ch. 35 ans, batelier, ne présente aucun antécédent héréditaire ni aucun passé pathologique.

En marchant à hord de son bateau sur un plan uni et horizontal, ressent tout à coup une douleur dans le genou droit, tombe et se trouve dans l'impossibilité de se relever. L'examen révèle une fracture transversale de la rotule.

Dix-sept mois plus tard, en se promenant sur terre ferme, est victime du même accident, au genou gauche, cette fois.

Les deux fractures ont été soignées de la même façon suivant la technique exposée plus loin.

Cette observation est très rare, les fractures d'un os compact, comme la rotule, se faisant sans aucun effort musculaire de la part du malade, sans aucune des causes habituelles de fracture spontanée, sont de nature à nous dérouter. On a invoqué la persistance d'une zone plus friable au niveau du noyau d'ossification ; cette hypothèse ne s'appuie sur aucun argument sérieux, de plus l'intervention a montré une structure normale de l'os, sans aucune apparence d'ostéoporose on de friabilité.

La soudure rapide des parties fracturées témoigne à suffisance de leur bonne nutrition.

Jusqu'à présent le mécanisme de cette fracture nous demeure absolument inconnu.

S... Ph., hatelier, fracture traumatique transversale de la rotule, traitement par la ponction articulaire et le massage, réunion par cal fibreux, fonction du membre défectueuse.

La défectuosité de la marche augmente peu à peu, parallèlement à un écartement de plus en plus étendu des fragments.

Trois semaines après la sortie du service, au cours d'une marche sur un plan horizontal uni, chute hrusque par impotence absolue du membre atteint. L'examen démontre une fracture du cal fibreux avec écartement énorme des fragments.

Le rapprochement était impossible, nous n'avons ohtenu qu'une réunion fibreuse, mais une réuion fibreuse solide étayée par deux gros fils d'argent ; cela n'a pas empêché le malade de reprendre ses fonctions difficiles de hatelier, de rouler à bicyclette etc. La durée du traitement est notablement abrégée et après trois semaines tous nos opérés ont commencé à marcher.

Les avantages nous semblent réellement de nature à justifier l'intervention sanglante ; elle refait l'état anatomique des organes et elle est seule capable de le produire. D'ailleurs toutes les précautions d'asepsie doivent être prises et il nous paraît aussi légitime de faire une arthrotomie que de faire une laparotomie sans qu'il y ait nécessairement indication vitale.

Un mot au sujet de la technique de l'intervention.

Nous accordons généralement la préférence à l'incision de TEXTOR, concave vers le haut, partant des condyles et descendant en has jusque près de la tubérosité du tibia.

Quant à la suture même de la rotule dans les cas de fracture comminutive nous recourons au cerclage soit au moyen d'un gros catgut à résorption lente, soit d'un fil d'argent ; dans ces cas de fracture transversale nous plaçons un ou deux fils d'argent dont nous mettons le nœud au niveau du fragment supérieur. Dans certains cas où la rotation des fragments autour de leur axe transversal est très marquée, nous plaçons un fil continu de la façon suivante :

Le plein du fil se trouve appliqué sur la face antérieure du fragment supérieur. Les deux extrémités passent dans les trous forés dans les les deux fragments. Quand ceux-ci sont rapprochés, on tire sur les deux extrémités du fil et on ferme l'anse par le nœud qu'on place au devant du fragment inférieur.

Pour le reste les parties molles sont régularisée et suturée. Pas de drainage.

Nous n'avons jamais constaté d'inconvénient de l'emploi du fil métallique ; la rotule semble très bien s'accommoder de la présence de ce corps étranger.

(1) Soc. méd. des hôp.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Phlegmon de la paupière inférieure révélateur d'une sinusite maxillaire

Par MM. les Docteurs ROLLET et GENET

B..., âgé de 34 ans, voiturier, entre le 24 novembre 1912, à la clinique ophtalmologique, porteur d'un volumineux phlegmon de la paupière inférieure de l'œil gauche. Huit jours auparavant un gonflement est apparu autour de l'orbite du côté gauche. Cette lésion a ensuite augmenté progressivement de volume et s'est rapidement étendue.

A l'examen, on constate un gonflement volumineux de toute la région péri-orbitaire. Les deux paupières sont tuméfiées, mais particulièrement la paupière inférieure ; de ce côté, en effet, le gonflement s'étend jusqu'au niveau de la commissure labiale. La peau de la région est lisse tendue, la consistance est rénitente. Toute la région est très douloureuse à la palpation. Le globe oculaire ne peut être examiné en raison de la tension palpébrale qui empêche tout écartement, on ne peut pas par conséquent voir le fond d'œil à cette date. En présence de ces phénomènes aigus on ouvre immédiatement l'abcès par une large incision menée suivant le rebord orbitaire et parallèlement à lui. Une quantité considérable de pus s'échappe, ce pus est d'une telle fétidité que l'on songe immédiatement à un abcès d'origine sinusienne. Le malade, interrogé, n'attire pas l'attention sur des phénomènes antérieurs de sinusite chronique ; il n'a pas présenté de douleurs dans la région de la joue, pas d'empâtement. Cependant, il y a huit jours, il a remarqué que du pus s'écoulait de la narine quand il baissait la tête. Ce phlegmon de la paupière a donc eu un début brusque.

Le 5 décembre 1912, un examen pratiqué par M. Collet nous dit : « A l'éclairage par transparence, obscurité nette à gauche, pus dans le méat moyen, il y a donc vraisemblablement une sinusite maxillaire gauche. » Le 7 décembre, M. Collet pratique une ponction diaméatique qui ramène du pus.

L'évolution du phlegmon est régulière ; la plaie suppure abondamment pendant quelques jours, on la draine. Progressivement la suppuration diminue, et actuellement 11 décembre, elle est à peu près tarie. Nous pensons qu'il s'est agi seulement d'un phlegmon de la paupière sans participation de l'os ni du périoste. Le pus qui s'était écoulé était très franc, non séro-purulent, sans grumeaux ; l'affection a eu une allure très aiguë. Nous n'avons pas rencontré de séquestres osseux, ni de surfaces osseuses dénudées ; le malade ne présentait pas d'ex-

ophtalmie. La température du malade n'a jamais atteint 38°, il n'y a eu aucun signe rappelant le phlegmon de l'orbite, pas d'abattement, pas de prostration, nous avons eu surtout des phénomènes de phlegmon aigu de la paupière ; toutefois il ne nous est pas possible de préciser la voie d'infection du tissu palpébral ni d'affirmer l'intégrité de l'os et du périoste. Ajoutons que le globe oculaire est intact, que la cornée ne présente aucune lésion, la papille est normale ; actuellement les lésions périoculaires sont en voie de guérison, et seul le traitement de la sinusite reste en cause, le malade est tenu en observation et si des phénomènes oculaires plus graves apparaissent nous interviendrons. Si des altérations oculaires surviennent ou encore si les lésions sinusiennes prennent l'allure d'un abcès chaud nous ferons un drainage transinusique, le drain passant par une incision osseuse vestibulaire, traversant le sinus pour ressortir en haut sous le rebord orbitaire ou par la perforation osseuse du plafond du sinus (1).

(1) Soc. d'ophtal. de Lyon.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Pneumothorax artificiel et transfusion du sang

Chez un malade atteint d'hémoptysie grave M. le docteur Louis Billon (de Marseille) a eu recours avec succès au pneumothorax artificiel suivi d'une transfusion sanguine.

Voici l'observation de son cas fort intéressant telle qu'elle fut dernièrement communiquée par lui au Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans. Son frère était mort de tuberculose pulmonaire il y avait 3 ans environ. Lui, d'une nature délicate, de thorax un peu aplati, était sujet à s'enrhumer chaque hiver, mais pas plus. Lorsque, subitement, en novembre 1912, il fut pris d'une hémoptysie sérieuse, mais qu'on parvint à arrêter à l'aide d'injections d'ergotine, de glace intus et extra, d'immobilité et de cachets d'ipéca. Néanmoins l'alerte avait été vive.

Le malade trop faible et très bien soigné, ne se remit plus à un travail régulier. Il se contenta de se reposer et de se promener en convalescent. Il reprit ainsi quelques centaines de grammes, un peu d'appétit et un teint moins terreux, au dire de son entourage.

Tout allait donc simplement, lorsque, le lundi 16 juin, une hémoptysie abondante mais non encore inquiétante, le terrassa au lit. Un confrère de l'endroit fut appelé ; il institua la thérapeutique d'urgence : ergotine, chlorure de calcium, glace, etc... et le sang s'arrêta de couler.

Le lendemain matin, à la suite d'une quinte de toux, vers 9 heures, l'hémoptysie reprit avec une très grande intensité. Le crachoir ne suffit plus, il fallut une cuvette dans laquelle le malade se saignait littéralement. Vers 2 heures de l'après-midi, une syncope survint par faiblesse. Elle dura quelques minutes ; non assez pour que le caillot s'organisât définitivement. Les oreilles bourdonnaient ; il y avait des sueurs froides ; les lèvres étaient décolorées ; l'état, en somme, paraissait désespéré si l'écoulement de sang ne s'arrêtait pas.

A bout de ressources et de moyens de lutte, notre confrère pensa à la compression pulmonaire artificielle, à la piésithérapie, c'est-à-dire à la confection d'un pneumothorax artificiel. Il me téléphona. Quelques quarts d'heure après, j'étais auprès du malade, avec mon appareil à compression et le nécessaire à transfusion sanguine.

Le pauvre jeune homme était dans un état lamentable d'anémie suraiguë, étendu, pâle, immobile, les yeux ternes et sans regard.

Sans perdre de temps, car je vis qu'il fallait aller au plus pressé, j'appris, par notre confrère, que l'hémoptysie provenait du poumon gauche, et je résolus d'arrêter d'abord l'hémoptysie et ensuite de remédier à la perte de sang.

J'avais déjà, notamment à Hyères, aidé du Dr Guiol, arrêté une hémoptysie par la piésithérapie. Le processus est simple : les artères du poumon se compriment en même temps que se comprime le poumon, et cette compression, écrasant l'artère qui saigne, fait une angiotripsie mécanique très intéressante.

Le malade ne fut pas remué. A la seconde piqûre, je pénétrai dans l'espace pleural et j'insufflai 1.500 cc. d'azote Je n'allai pas au delà, vu l'état de faiblesse du malade que l'on soutenait, pendant ce temps, avec de l'huile camphrée, de la spartéine, de la strychnine et des inhalations d'oxygène. D'ailleurs, ce pauvre jeune homme n'avait presque aucune conscience de ce qu'on faisait de lui et autour de lui.

La compression pulmonaire faite, je procédai à une transfusion sanguine. Le temps me manquait pour les analyses de sang recommandées par les auteurs. Pas de laboratoire prochain, l'heure était tardive, etc... ; bref, il y avait urgence. Sans d'autres précautions que les soins ordinaires d'asepsie, j'opérai une transfusion à l'aide de la canule d'Elsberg.

Les données d'expérience que le Dr Aubert nous avait fournies étaient trop fraîches encore à la mémoire pour que la technique soit embarrassée.

Le *donor* fut la sœur du malade : je lui attaquai l'artère radiale et, à l'aide de la canule, je l'abouchai à la saphène externe du *receptor*.

Le résultat fut extraordinaire. Après un quart d'heure, le malade se colorait ; ses lèvres rosissaient, son regard reprit conscience de l'entourage ; le pouls devint nettement appréciable. Il ressuscitait : ce mot est exact.

La transfusion fut poussée pendant environ 25 minutes, jusqu'au moment où le *donor* accusa quelques faiblesses. A ce moment-là le malade était, pour ainsi dire, sauvé de son anémie.

J'ai revu, depuis, cette famille. L'hémoptysie ne s'est pas reproduite et l'état du malade est tel qu'on ne dirait pas qu'il a perdu beaucoup de sang et qu'il a été en danger de mort par anémie suraiguë. Il mange, boit et se lèverait, si on ne le forçait à rester au lit.

Je dois ajouter cependant que le *donor* n'a pas, sans ennui, supporté cette saignée. Nulle part, on ne parle du *donor*. Pour moi, c'était la première transfusion que je faisais et j'ai vu que, si le *receptor* est intéressant, le *donor* ne l'est pas moins. Or, j'ai vu que le *donor*, en l'espèce la sœur aînée du malade, a été fort éprouvée par la saignée qu'on lui a faite. Il a fallu même recourir au sérum pour la remonter un peu. Elle a dû s'aliter. On a été obligé de la fortifier par des médications appropriées. Cependant, je tiens à ajouter qu'il n'y a rien eu de bien grave par la suite et que ces jours derniers son état était satisfaisant.

En résumé, dans cette observation, que je crois intéressante, on note que, si l'hémoptysie s'est arrêtée probablement à cause de la *piésithérapie* faite d'urgence, l'état général du malade, presque saigné à blanc, a subi du fait de la *transfusion du sang* une marche en avant telle que nulle autre médication ne pourrait lui être comparée.

En faveur de la suppression de la vaccination obligatoire

Une pétition, en faveur de la suppression de la vaccination obligatoire adressée au Reischtag allemand, a rencontré un accueil favorable. Le Parlement allemand s'est prononcé pour la nomination d'une Commission composée de partisans et d'adversaires de la vaccination obligatoire et qui devra se prononcer sur la solution finale à donner au conflit soulevé par la pétition susdite.

REVUE DE TOXICOLOGIE

Empoisonnement par les champignons et abcès de fixation

Par MM. A. PIC et JOSEPH-F. MARTIN

Le 15 mai 1913, à 10 heures du matin, entrait dans la salle Sainte-Marguerite, à l'Hôtel-Dieu, un homme de 48 ans, maçon, qui se déclara spontanément empoisonné par les champignons.

Il raconta ainsi son histoire :

Le mardi 13 mai, vers 1 heure de l'après-midi, se promenant après son déjeuner à la lisière d'un bois, près de Décines, il eut l'attention attirée par de jolis champignons blancs émergeant de la mousse. Séduit par leur belle apparence, il en cueillit quatre ou cinq qu'il rapporta le soir chez lui. Pendant une journée, ces champignons trempèrent dans de l'eau froide et le mercredi 14 au soir sa femme les lui servit cuits au beurre. Il mangea tout le plat qui, d'ailleurs, ne devait pas être très copieux (il estime à 50 grammes environ le poids de sa cueillette), et s'en régala. Puis il acheva son repas avec une grosse assiettée de soupe de légumes et avec du fromage ; il but trois verres de vin. Ceci se passait à 6 h. 1/2 du soir et à 8 heures il alla se coucher.

Il passa une excellente nuit. A 5 h. 1/2 le lendemain matin il se leva, partit à son travail, et à 7 heures commença à sentir de petites douleurs dans le ventre et un besoin assez impérieux d'aller à la selle. Il fit une grande quantité de matières diarrhéiques liquides avec quelques scyballes dures. Puis les douleurs prirent les caractères nets de coliques intestinales et à nouveau le malade alla à la selle, toujours en diarrhée. Il rentra chez lui vers 9 heures du matin se sentant très malade. Sa femme alla immédiatement chez un pharmacien qui fit prendre coup sur coup deux vomitifs. Le résultat à chaque fois fut immédiat, et le malade rejeta la valeur de trois bols d'un liquide jaunâtre ne contenant point de matières solides en suspension.

Il y eut à la suite de ces vomissements provoqués une rémission légère d'une heure environ. Mais vers 11 heures, le malade ressentit des crampes dans les pieds, puis dans les mollets, avec des soubresauts et des convulsions à allure tétanique, si bien que trois hommes furent nécessaires pour le maintenir. Cet état de choses se prolongea toute la journée ; les souffrances étaient atroces et, fait particulièrement intéressant, *à aucun moment le malade ne présenta de troubles de l'intellect.* Entre temps un médecin était venu, avait fait donner des lavements purgatifs, avait pratiqué un lavage de l'estomac et fait des piqûres sous-cutanées d'éther.

Vers 6 heures du soir, il y eut *un nouveau moment de répit* qui dura jusque vers 10 heures. Mais à ce moment les crampes avec tout leur cortège douloureux réapparurent et la nuit fut très mauvaise.

Le lendemain matin 16 mai, le malade est amené dans le service.

C'est un homme à l'aspect robuste ; il ne paraît avoir aucune tare : il nie la syphilis, il n'est pas buveur, il n'est pas tousseur, il ne fume presque pas. Il est père de deux enfants qui se portent bien, sa femme jouit d'une bonne santé.

Ce qui frappe immédiatement chez ce malade c'est son état nerveux ; objectivement on trouve l'exagération des réflexes rotuliens sans trépidation épileptoïde. Le signe de Kernig est des plus nets. Les pupilles en mydriase sont très paresseuses et réagissent mal à la lumière et à l'accommodation. On note également une hyperesthésie généralisée avec un grand état d'anxiété, une sensation de mort imminente. Mais l'intelligence continue à n'être en rien altérée.

En somme, on a des signes négatifs du côté du système encéphalique et des signes positifs du côté du système médullaire.

D'autre part, le pouls est filiforme ; les bruits du cœur sont mal frappés ; il y a une tendance à l'égalité des bruits. La respiration est lente et suspirieuse. L'abdomen est en général douloureux, surtout au niveau de la région hépatique. Le foie déborde de trois travers de doigt le gril costal, fait qui coïncide avec du subictère des conjonctives et une réaction de Gmelin positive. La rate est également grosse ; elle n'est pas palpable mais donne trois travers de doigt de matité.

Les gencives sont fuligineuses ; la langue est sèche, la diarrhée continue ainsi que les vomissements qui sont glaireux et porracés.

La température est à 37°1, les urines rares et albumineuses, sans sucre.

Les phénomènes s'aggravent le lendemain, la température descend à 36°4, le pouls est toujours filiforme, les réflexes rotuliens sont abolis, le malade présente un collapsus inquiétant et une issue fatale à brève échéance semble certaine.

Mais les jours suivants on constate une amélioration : les phénomènes nerveux rétrocèdent, les crampes disparaissent, l'anxiété diminue, le pouls redevient bon, les urines sont plus abondantes et le 22 mai, neuf jours après l'empoisonnement, un changement complet se produit ; le malade a une crise urinaire ; il émet quatre litres d'urine en vingt-quatre heures : il se sent bien et depuis ce jour, sans température, avec une diurèse normale, il s'achemine vers la guérison qui est complète actuellement.

Cette observation présente plusieurs points fort intéressants. Il s'agit d'abord d'un empoisonnement relativement rare. C'est un empoisonnement dû à l'amanita phalloïdes. Le syndrome est caractéristique et, d'autre part, le malade a fait cueillir et apporter dans le service des champignons semblables à ceux qu'il avait mangés ; c'étaient de façon indubitable des champignons de la famille des amanites phalloïdes, des amanitas vernas. Mais n'aurait-on pas eu la ressource d'examiner ces champignons, de par les symptômes présentés par le malade, le diagnostic s'imposait. En effet, deux groupes de champignons sont dangereux, les champignons à muscarine, les champignons à phalline. Chaque groupe donne des empoisonnements absolument caractéristiques bien étudiés dans la remarquable thèse de Gillot (Lyon, 1900) et dans le travail de Ferry.

Ces deux syndromes sont mis en parallèle dans le tableau ci-dessous :

SYNDROME MUSCARINIEN	SYNDROME PHALLOIDIEN
Incubation.	
2 heures en moyenne.	11 heures en moyenne.
Début.	
Rapide et bruyant.	Insidieux.
Symptômes.	
Troubles *gastriques* (surtout) précoces.	Troubles *intestinaux* (surtout) tardifs.
Pas de rémissions (aggravation).	Rémissions fréquentes. Douleurs épigastriques. Foie gros. Ictère ou subictère.
Anurie.	Urines diminuées, le plus souvent albuminurie.
Excitation cérébro-spinale : incoordination motrice, délire (folie muscarinienne).	Anxiété, puis stupeur. Intellect intact.
Terminaison.	
Guérison de règle.	Mort de règle.
Durée.	
à 2 jours.	Plus de 3 jours

Notre malade présentait au complet le tableau de l'empoisonnement phalloïdien et, étant donné la gravité des symptômes qu'il présentait, il semblait voué à une mort fatale. La mort est, d'ailleurs, comme nous l'avons dit plus haut, la règle dans cette sorte d'empoisonnements. Sur 38 cas d'empoisonnements phalloïdiens publiés en France jusqu'à ces dernières années, 33 furent mortels, ce qui fait une proportion de 86,8 0/0 de morts.

L'issue heureuse de la maladie, dans notre cas, semble due à la thérapeutique instituée dès l'entrée du malade à l'hôpital et c'est sur ce second point que nous voulons insister maintenant. Comme dans tous les cas d'empoisonnement, on fit d'abord absorber au malade des vomitifs. Mais là, les accidents débutant longtemps après l'ingurgitation du poison, le plus souvent les champignons ne sont plus dans l'estomac et les vomitifs sont inefficaces. Pendant quatre jours on lui fit deux fois par vingt-quatre heures, des injections de 300 grammes de sérum physiologique pour faire un lavage du sang et lutter contre l'hémolyse.

On lui fit prendre des lavements chauds comme sédatifs, en même temps qu'on le baignait à 37°, pendant dix minutes, trois fois par jour. Enfin, on soutenait son cœur par des piqûres d'huile camphrée (6 cc. par jour).

Ce n'est là, en somme, qu'un traitement symptomatique, insuffisant presque toujours.

Mais, dès son entrée dans le service, on fit au malade, un *abcès de fixation* et c'est, croyons-nous, à cette pratique qu'est due la guérison.

Ayant eu l'occasion d'observer, il y a quelques années, à Trévoux, des empoisonnements en masse par les champignons, l'un de nous eut l'idée d'appliquer aux malades qui survivaient encore lors de son premier examen, la méthode de Fochier. Il y avait eu vingt-trois empoisonnés, neuf moururent, les autres guérirent, de sorte que la mortalité fut seulement de 39 0/0 au lieu de 86,8 0/0.

Les résultats de cette thérapeutique ainsi que l'histoire de cet empoisonnement massif ont été rapportés à la Société des Sciences médicales (M. Pic, séance du 6 décembre 1911).

La méthode de Fochier est, en effet, des plus rationnelles dans ces cas. L'agent causal, la phalline de Kobert, est une toxalbumine qui se comporte en somme comme une toxine microbienne. Or, les recherches de Carles (de Bordeaux), ont montré que dans le pus des abcès de fixation on trouvait parfois ces microbes qui causaient les maladies pour lesquelles on avait employé cette thérapeutique. M. Lesieur a montré également qu'au cours de la fièvre typhoïde, dans certains cas, on trouvait dans les abcès de fixation des bacilles d'Eberth virulents. Mais non seulement les microbes sont retrouvés dans le pus, les substances toxiques comme le plomb ou le mercure chez les malades atteints d'intoxication saturnine ou mercurielle, sont aussi décelables au niveau de l'abcès.

Il y a donc tout lieu de croire, bien que cela ne soit pas démontré chimiquement, et cela à cause de la grande difficulté de la réaction, il y a donc lieu de croire que la phalline elle aussi, est vraiment fixée dans le pus d'abcès.

Quoi qu'il en soit, les résultats ont été des plus intéressants et, dans notre cas, l'abcès de fixation semble bien avoir été la cause de la guérison. En effet, c'est *le jour où l'on constata de la fluctuation au niveau de l'abcès qu'il y eut une véritable transformation du malade.* Ses urines passèrent de 200 grammes à 4.000 grammes par 24 heures, en même temps que tous les phénomènes douloureux ou autres s'atténuaient pour bientôt disparaître. Il y eut une véritable crise, comme au moment de la défervescence d'une pneumonie, par exemple, et cette crise, cette amélioration, furent corrélatives de l'abcès de fixation.

Il semble donc bien qu'on ait en l'abcès de fixation un agent thérapeutique de premier ordre qui mérite d'être employé dans ces terribles intoxications que sont les empoisonnements par les amanites phalloïdes (1).

(1) Soc. médic. des hôp. de Lyon.

CARNET DU PRATICIEN

Traitement local du torticolis et du lumbago.

En première ligne, il convient de ranger les liniments calmants.

La formule suivante donne parfois de bons résultats :

Baume tranquille...........	40	grammes
Extrait thébaïque...........	2	—
— de belladone........	2	—
— de jusquiame.......	2	—
Chloroforme................	10	—

Par surcroît prendre chaque jour trois cuillerées à soupe d'Urodonal.

Le massage et la mobilisation sont surtout à recommander. Le massage en particulier employé dès le début des douleurs amène souvent rapidement la guérison. On commence par une première séance de massage doux et, si la douleur s'exaspère, il y a lieu de surseoir au traitement. Le massage ne paraît pas s'appliquer de façon générale aux cas récents et en pleine poussée inflammatoire qui sont davantage justiciables des liniments calmants.

Commencer le massage seulement quand l'exploration est bien supportée. On recherchera les points articulaires douloureux qu'on massera successivement et, fréquemment, après une seule séance, les mouvements spontanés deviennent plus faciles. Quand les articulations vertébrales commencent à être plus libres, on peut alors adjoindre au massage de douces manœuvres de mobilisation.

Contre l'insuffisance motrice de l'estomac.

Extrait de noix vomique.......	0 gr. 10
Poudre de racine de guimauve.	Q. S.
Poudre de gentiane............	Q. S.

Pour trente pilules ; une à deux, trois fois par jour ou encore charbon granulé. (BOAS.)

Contre le psoriasis

Acide salicylique............	10	grammes
Chrysarobine................	20	—
Goudron végétal............	20	—
Savon vert..................	25	—
Vaseline....................	25	—

Parésie intestinale post-opératoire

Donner du calomel suivi d'un lavement d'eau savonneuse.

En cas d'insuccès, prescrire le lavement suivant :

Essence de térébenthine.....	14	grammes
Sulfate de magnésie........	28	—
Glycérine..................	28	—
Savon et eau q. s. pour.....	280	—

Contre la déminéralisation

Poudre d'os frais..........	1 gramme
Carbonate de chaux........	0 gr. 40
Carbonate de magnésie.....	0 gr. 10
Lactose....................	1 gramme
Fluorure de calcium.......	0 gr. 01
Silicate de chaux..........	0 gr. 03

Prendre un de ces paquets à la fin de chacun des principaux repas.

M. le professeur A. Robin, qui recommande cette préparation insiste tout spécialement sur l'importance d'employer pour ses préparations des os frais et non des os calcinés.

Poudre pour stimuler la croissance des enfants.

Bioxyde de manganèse finement pulvérisé..................	0 gr. 25
Craie pulvérisée................	2 gr.

Mêler intimement et diviser en 25 paquets.

Donner un de ces paquets jusqu'à deux ans, et deux paquets après deux ans, un matin et soir, chaque jour avant les repas, dans une cuillerée d'eau sucrée ou de lait.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J.-Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE

« A mon humble avis, deux questions doivent attirer l'attention des services publics, celle de l'alcoolisme et celle des habitations ouvrières.

« Vous les connaissez fort probablement mieux que moi ; leur liaison avec la dépopulation, la mortalité générale et la mortalité par tuberculose est indéniable.

« Mes occupations journalières m'amènent à voir de près de nombreuses statistiques ; aussi, serais-je heureux de vous apporter mon modeste concours.

« Veuillez agréer, Monsieur, à l'expression de mes sentiments les meilleurs.

« R. Risser,
« *Chef du Service de l'actuariat du Ministère du Travail* ».

« Monsieur le Dr Lucien Graux, Directeur de la *Gazette Médicale de Paris*, 9, rue Denis-Poisson.

« Monsieur le Directeur,

« Je suis tout à fait disposé de répondre aussitôt que possible à l'aimable invitation, dont vous m'honorez, en participant à l'enquête que vous venez d'ouvrir sur la proposition de M. Gent. Il me serait, toutefois, agréable d'obtenir le texte exact et les considérants de la proposition de l'honorable conseiller municipal.

« Quant aux documents que vous désirez, une bibliographie de ces questions se trouve dans le *Bulletin de l'Office International du Travail* (Ed. Française, Berger-Levrault et Cie, Paris) ; cette bibliographie, qui date depuis 1902, contient sous les numéros 8° le chômage, 5° salaires, 11° accidents, 20° apprentissage, 18° hygiène industrielle, poisons industriels, 6° habitations ouvrières, etc. Ce Bulletin se trouve à Paris notamment au Musée Social, rue Las-Cases (s'adresser à M. de Seilhac), et à la Faculté de droit.

« Vous trouverez également une bibliographie de ces questions dans l'ouvrage de J. Stammhammer (Bibliographie der Social-Politik, Bearbeitet und herausgegeben von Josef Stammhammer Band II enthaltend die Literatur von 1895-1911 und Erganzung en zu Band I. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1912.) sous « Arbeitslosigkeit », p. 184 ss. « Arbeitslohn », p. 167, et « Arbeitsstatistik, p. 233 ; « Arbeitsunfalle », p. 236 ; « Lehrlingswesen », p. 624 ; « Gesundheitsverhaltnisse », p. 454 et « Ungesunde Industrien », p. 726. Ces publications sur l'hygiène sont mieux enregistrées dans le « Jahresbericht über Soziale Hygiene Demographie und Medizinalstatistik, sowie alle Zweige des sozialen Versicherungswesens. Herausgegeben von Professor Dr. med. A. Grotjahr und Stadtrat Dr. phil. F. Kriegel. Zwolfter Band : Bericht uber das Jahr 1912, Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1913.

« Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

« Stéphane Bauer ».

« Mr le Dr Lucien Graux, *Gazette Médicale de Paris*, 9, rue Denis-Poisson, Paris.

« Monsieur le docteur,

« Les renseignements que vous désirez pour l'enquête que vous entreprenez, relative aux questions du chômage, travail dans les fabriques, les maladies industrielles, accidents du travail, apprentissage, etc..., etc., se trouvent dans les rapports et travaux spéciaux suivants :

Annual Report of the Chief Inspecter of Factories and Workshops. Ce volume renferme des renseignements en ce qui concerne les accidents du travail, l'inspection et les défauts des fabriques qu'on y trouve. Le dernier rapport est pour l'année 1912, et le prix : 2/5 d.

« *History of Factory Legislation, by Hutcheons and Harrison*. Ce travail doit avoir pour vous un grand intérêt ; il coûte 6-/.

« *Annual Report of Explosions in Mines Committee*, 1912 ; le prix est 8 1/2 d.

« Je vous signale les *Reports published by the Royal Commission on Metalliferous Mines and Quarries*, dont l'émission est faite depuis plusieurs années, et dans lequel on trouve des détails sur l'inspection des mines, accidents du travail, la santé des mineurs, la phtisie et maladies de poumons, ventilation, poussière, salaire, durée du travail, etc., etc.

« *Report on the manufacture of paints and colours containing lead, as affecting the health of the operatives employed by Dr Legge*, 1905, prix 11 1/2 d.

« *Report of Departmental Committes on the dangers attendant on the use of lead, and the danger or injury to health arising from dust and other causes in the manufacture of earthenware and china*. 1910, prix 1/9 d.

« *Report on the conditions of employment in the manufacture of tinplates, by Collis and Hilditch*, 1912, prix 10 1/2 d.

« *Report of Departmental Committee on Compensation for Industrial Diseases*, 1907-1908 ; prix : 3 d. 1 and 7 1/2 d.

« *Report of Departmental Committee on Conditions of work in Wool-sorting and other kindred trades*, 1897, prix 1/.

« *Report of Departmental Committee on Humidity and Ventilation in cotton weaving sheds* 1911 ; prix : 3/3 d.

« *Report of an enquiry by the Board of Trade into working-class rents, housing, and retail prices, together with rates of wages prevailing in certain occupations in the principal industrial towns in the United Kingdom*, 1908 ; prix : 6/.

« *Journal of the Royal Statistical Society of London, Volume 62, part 4, dated 30 th December*, 1899 ; prix : 5/. On y tronve aussi une autre question qu'aborde M. George H. Wood, c'est-à-dire « *Statistics relating to Working-class progress since 1860* », qui traite toutes les questions se rattachant au salaire, sans-travail, les prix d'articles de consommation comme la viande, pommes de terre, laine, blés, tabac, sucre, fromage, beurre, etc., etc.

« Il n'y a pas chez nous un travail spécial sur le chômage ; mais M. le Dr Falkenburg d'Amsterdam, en a émit dernièrement un. Alors, je vous conseille de vous adresser à lui.

« Les travaux sur l'apprentissage sont : 1° *Problems of Boy Life, by J. H. Whitehouse, M. P.*, qui coûte 10/6 d ; et 2° un rapport intéressant et fort documenté *Boy Labour, by Cyril Jackson*, Vol. XX, *of the Royal Commission on the Poor Laws and Relief of Distress*, 1910, prix 3/9 d.

« Tous ces livres se vendent chez P. S. King et Son, 2, Great Smith Street, London.

« Les sujets, que renferme votre lettre sont d'une étendue assez grande pour que je puisse vous en écrire mes sentiments dans une lettre ; néanmoins, quand il y aura une question quelconque qui vous intéresse tout particulièrement je me ferai un grand plaisir de vous faire part de mon avis s'il arrive que je sois moi-même assez documenté.

« Quand l'enquête sera publiée dans la *Gazette Médicale de Paris*, peut-être vous aurez l'obligeance de m'en signaler la date.

« Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

« Ak. Chalmers,
« *Medical Officer of Health* ».

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Nos préparations galéniques et leurs applications thérapeutiques. — 78e année, fascicule 2, Paris, 1912. — Boulanger-Dausse et Cie, éditeurs.

Il est difficile de faire à nouveau l'éloge de cette publication ; tous ceux d'entre nous qui connaissent le volume dont ce fascicule est le second supplément, savent la mine précieuse de renseignements qu'il constitue et l'admirable formulaire des extraits et des simples qu'il est.

Les laboratoires Dausse suivent les progrès journaliers de la science, à la manière de l'officier qui disait : « Je les commande, donc je les suis ». Car ils ont commandé à un certain nombre de progrès de la thérapeutique et continuent à être fidèles à leur tactique. Les importants travaux qui sortent de leurs laboratoires sont mis obligeamment à la disposition du Corps médical.

Archives urologiques de la clinique de Necker, publiées par Legueu, professeur de la clinique des maladies des voies urinaires (fascicule Ier). — Gittler, éditeur. 9 francs.

Ce premier fascicule d'une série qui promet de durer et d'avoir un vif intérêt est consacré à la voie transpéritonéale pour la cure de certaines fistules vésico-vaginales post-opératoires, sur la technique et les accidents de la pyélographie, sur le taux de la sécrétion chlorurée, sur les capsules surrénales dans le cancer du rein. Ce sont là autant d'importantes monographies magnifiquement éditées et accompagnées de vingt planches.

Les ictères toxiques et leur traitement (A. Maloine, Editeur, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris). In-18° 1913 avec figures......... 2 frs.

Dans les traités classiques, les ictères toxiques sont étudiés en quelques lignes. Ce sont les ictères infectieux, qui ont surtout fixé l'attention.

Et cependant l'importance pratique des ictères toxiques est considérable. L'auteur le démontre dans ce petit livre à la fois œuvre originale et œuvre de vulgarisation.

Après une étude de physiologie générale, où il est démontré que les ictères toxiques traduisent l'évolution soit d'une hemolyse, soit d'une hépatolyse, la clinique de ces ictères est analysée à fond : syndrôme hémolytique, syndrôme hépatique. Types évolutifs. Nous signalerons surtout les chapitres spéciaux des ictères à l'ordre du jour, en clinique les ictères chloroformiques, et par le salvarsan, en expérimentation, les ictères par la toluilène diamine. Toutes les causes endogènes d'ictères font le sujet d'une étude détaillée ; cirrhose, grossesse, nouveau-né, etc.

Le traitement est éclairé par les recherches biologiques modernes et les règles en sont fixées pour chaque cas particulier.

Ce petit livre sera consulté avec fruit autant par le médecin curieux des évolutions modernes que par le praticien désirant fixer sa conduite clinique et thérapeutique.

ÉCHOS

Le brevet d'un médecin hongrois.

Un médecin hongrois s'est fait récemment délivrer, à Paris, un brevet pour l'exploitation d'un objet intime que les Français considèrent énergiquement comme une spécialité anglaise et que les Anglais considèrent, non moins énergiquement, comme une spécialité française.

Apprenant que le ministère du Commerce n'avait pas reculé devant la délivrance d'un pareil brevet, le parquet de la Seine vient vertueusement de s'émouvoir. Il a assigné, devant la 1re Chambre du Tribunal, le médecin hongrois en nullité et en déchéance de brevet.

L'article 30 de la loi de 1844, sur les brevets d'invention, porte, en effet, que « seront nuls et de nul « en effet les brevets délivrés si la découverte, inven- « tion ou exploitation est reconnue contraire à l'ordre « et à la sûreté publique, aux *bonnes mœurs* ou aux « lois du royaume ».

Rochefort a bien fait sa médecine.

On a contesté dans certains journaux professionnels que Rochefort ait fait des études médicales. Un passage du livre d'Olivier Pain, intitulé « Rochefort », lève tous les doutes.

... Le choix d'une carrière s'imposait maintenant à l'adolescent. M. de Rochefort poussa son fils vers les études médicales. Victor-Henri ne manifesta aucune répugnance à embrasser cette profession et prit ses inscriptions premières.

Tant qu'il n'eut à s'occuper que de la théorie médicale et chirurgicale, l'étudiant chemina le front sur les livres, sans encombre ; mais lorsqu'il lui fallut aborder enfin la pratique de l'art, sa nature nerveuse lui réserva la plus complète des désillusions.

A l'hospice de la Charité, il assista, pour ses débuts, en compagnie du docteur Tripier, l'un de ses amis de collège, homme d'un savoir considérable et d'un talent universellement reconnu, à une opération aussi intéressante qu'affreuse. Un malheureux avait une lésion dans la bouche ; on lui rapprochait le voile du palais. Le sang coulait à flots sous les doigts du chirurgien opérateur. Ce spectacle produisit sur l'organisme, sensible à l'excès, de l'élève, une perturbation qui faillit provoquer un évanouissement. Il n'y avait pas à s'obstiner contre un dégoût aussi manifeste, et Henri Rochefort dut renoncer à un état pour lequel il était si peu doué.

Ce fut à la suite de cette épreuve que le fils de Claude-Louis-Marie entra comme employé à l'Hôtel de Ville.

La foudre répare ses méfaits.

A Koppan-Szanto, en Hongrie, il y a cinq ans, six paysannes en train de travailler à la fenaison furent frappées par la foudre. Cinq furent tuées sur le coup, la sixième, Jeanne Loze, perdit la parole.

Il y a quelques jours, cette femme, muette depuis son accident, était en train de faire avec les autres la fenaison, lorsque de nouveau elle fut frappée par la foudre. Evanouie, elle fut transportée chez elle. Revenue de sa syncope, elle a recouvré la parole.

Tout est bien qui finit bien, assure un proverbe connu.


AUTOMOBILES
DELAUNAY BELLEVILLE
PARIS
42. Champs-Elysées
NICE • BIARRITZ

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

CHANTEMESSE, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
LANDOUZY, Doyen de la Faculté, Prof. de Clinique Médicale, Membre de l'Académie de Médecine
RECLUS, Professeur de Clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de Médecine
RICHET, Professeur de Physiologie à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
ALBERT ROBIN, Professeur de Clinique Thérapeutique, Membre de l'Académie de Médecine
BALZER, Médecin de l'Hôpital St-Louis, Membre de l'Acad. de Médecine
BAZY, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon, Membre de l'Acad. de Médecine
BEURNIER, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
DESGREZ, Professeur de Chimie Médicale à la Faculté de Médecine
SEBILEAU, Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière, Membre de l'Académie de Méd.
VAQUEZ, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
CHASSEVANT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
MARIE, Médecin en chef de l'Hospice de Villejuif
MONPROFIT, Professeur à l'Ecole de Médecine d'Angers

DIRECTEUR
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut
Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Exposition Bruxelles 1910
Vice-Prés. de cl. Expos. Gand 191
Ancienne *Gazette de Santé*
(140e Année)

Sommaire du Numéro du 17 Sepembre 1913

ÉCHOS

Nos amis.

Notre excellent ami le colonel Guillanmat, directeur de l'Infanterie au Ministère de la Guerre, vient d'être promu général. Qu'il reçoive ici nos bien sincères et bien vives félicitations.

Nous apprenons avec plaisir la nomination de notre ami M. Mage comme sous-préfet de Toul. Les sincères félicitations de la *Gazette*.

La limitation des débits de boissons.

L'article 46 de la loi de finances du 30 juillet dernier a étendu aux préfets le droit que la loi du 17 juillet 1880 a conféré aux maires de fixer par arrêté le périmètre dans lequel on ne pourra plus ouvrir de nouveaux débits de boissons autour des écoles, des édifices consacrés au culte, établissements publics, etc.

Le ministre de l'Intérieur avait, dès le 2 août, adressé aux préfets des instructions spéciales à ce sujet pour leur indiquer la procédure à suivre dans la constitution des dossiers qu'ils doivent soumettre à l'avis des conseils généraux. Dans une seconde circulaire, il leur signale « tout le prix qu'il attache à une application aussi prompte et aussi complète que possible de l'article 46 de la loi de finances de juillet dernier ». Il les invite à le tenir informé des mesures qu'ils auront prises à cet effet.

L'énucléation d'un œil déjà atteint

L'énucléation d'un œil dont la vision est déjà perdue est-elle susceptible d'entraîner pour la victime une diminution de capacité ouvrière?

Le 20 mars 1912, M. Plessix recevait en travaillant un rivet dans l'œil gauche, lequel avait été tellement éprouvé il y a quinzaine d'années que son acuité visuelle était nulle. Après examen, l'énucléation fut jugée nécessaire et c'est à raison de cette opération que M. Plessix assignait son patron en paiement d'une rente.

Ce dernier soutenait, par l'organe de son avocat, M. Ledet, que le blessé n'avait subi aucun préjudice, puisque la vision de l'œil atteint était déjà perdue.

Après plaidoirie de Me Pinganaud, la quatrième Chambre, présidée par M. de Cardaillac, a estimé, au contraire que le port d'un œil artificiel constitue déjà un préjudice esthétique et que, de plus, l'obligation qu'a le blessé de le remplacer souvent doit aussi figurer dans l'appréciation de la réduction de capacité professionnelle, qui peut être évaluée, en l'espèce, à six pour cent.

Napoléon III peint par son Médecin

La *Famille impériale*, que vient de faire paraître le Dr Barthez, est un des ouvrages les mieux documentés qui aient été publiés sur Napoléon III. Il ne pouvait d'ailleurs en être autrement : le docteur Barthez fut le médecin de Napoléon III, et le Mémorialiste précis se double d'un écrivain de tout premier ordre. Voici d'abord un portrait de Napoléon III fortement brossé :

« L'Empereur est de petite taille ; il a la figure forte et longue, les épaules larges et assez tombantes, le tronc fort, les membres inférieurs très courts. Cette disproportion, sensible surtout quand Sa Majesté est debout, est augmentée par cette longue barbiche que tout le monde connaît et qui allonge encore le visage.

« En général, l'Empereur marche lentement les pieds en dehors, le corps incliné sur le côté gauche, plus rarement sur le côté droit. Lorsqu'il veut marcher vite ou courir, il fait de grands mouvements de bras et d'épaules, comme pour venir en aide à ses petites jambes.

« Lorsqu'il se tient debout, sa tête n'est presque jamais droite sur ses épaules. Elle est inclinée soit à droite, soit à gauche, en sorte qu'il regarde toujours un peu de côté.

« Son front est haut, large, découvert aux tempes, bien développé. Ses yeux petits, d'un bleu clair, un peu voilés, ont une expression habituelle de sourire ou de honte. D'autres fois, mais plus rarement, ils ont quelque chose de terne, d'atone, assez singulier. Son nez, fort et saillant, a des narines épaisses, larges, sensuelles et facilement mobiles. Les attaches supérieures au cou sont grosses et fortes, en arrière de la mâchoire. Il en résulte un effet peu gracieux, qui n'est pas reproduit sur nos pièces de monnaie. Cet effet consiste en ceci que la partie postérieure de sa tête est beaucoup plus grosse par en has que par en haut, et, comme sur cette dernière partie les cheveux sont peu fournis, le haut de la tête paraît aplati et le crâne peu développé en ce point. Tout cela ne fait pas, je l'avoue, un portrait flatteur. Mais cet ensemble de la tête et du corps, dans lequel il y a évidemment quelque chose de disproportionné, est tel cependant qu'il attire et attache. »

Comment s'y prenait le médecin officiel pour faire accepter ses services par leurs Majestés.

Dans une lettre adressée à sa femme le docteur Barthez explique la manière plus que fantaisiste dont il soignait l'impératrice :

« Veux-tu un spécimen de la manière dont je fais la médecine ici? L'Impératrice juge à propos l'autre jour de se mouiller les pieds de belle façon. Elle déjeune sans changer de chaussures et, après déjeuner, elle n'a jamais voulu déranger ses gens qui prenaient leur repas. Elle a donc gardé ses chaussures mouillées et a pris un superbe rhume qui, partant du nez, est descendu à la gorge, puis aux bronches. J'ai obtenu avec quelque peine qu'elle interrompit ses bains de mer. Mais il y avait sons jeu une promenade en bateau sur la Nive. Il fallait gagner la rivière en voiture découverte, se promener sur l'eau pendant deux bonnes heures et revenir le soir en voiture découverte de Bayonne à Biarritz et après le soleil couché ; c'était peu prudent. Tous demandent à Sa Majesté de remettre la partie ; tous échouent.

« Je prie et je supplie, j'échoue ; elle veut tenir la promesse qu'elle a faite à la princesse Anna. Alors je m'approche d'elle et, la regardant avec mon petit air moqueur qu'elle connaît bien, je lui dis : « Je m'oppose à la promenade, je la défends. » Elle me rend mon air moqueur, accompagné d'un geste que les gamins connaissent bien et ne cède pas. Là-dessus on déjeune. Après le déjeuner, nouvelles supplications, remontrances de la part de tous, nouvelles résistances. Alors je reprends mon air moqueur et je m'écrie : « Jetons-nous tous aux pieds sacrés de Sa Majesté. » Et le premier je m'y jette en faisant une assez drôle de figure. Elle se met à rire en se moquant de nous tous, et particuliérement de moi, qu'elle relève en m'administrant un charmant petit soufflet. Et voilà comme je fais la médecine dans ce pays quelque peu excentrique. »

Et en matière de commentaire, il ajoute :

« Elle est d'ailleurs très difficile à soigner, ainsi que l'Empereur.

« Celui-ci pense qu'il y a remède immédiat à toute douleur ; il supporte patiemment et avec un vrai stoïcisme la douleur provoquée. Il monte à cheval avec des vésicatoires récemment appliqués aux cuisses et aux jambes, il se fait venir des éruptions pustuleuses sur le dos ; je crois même qu'il se pose des moxas, le tout sans difficulté, sans que personne de son entourage se doute de sa souffrance.

« Mais il n'en est plus de même pour les douleurs spontanées. Il est sujet à des névralgies, cutanées surtout, qui le mettent dans un état d'impatience dont rien n'approche. Il rejette sur les médecins l'insuccès des remèdes, et il croit au premier charlatan venu. Le somnambulisme, le magnétisme, l'homœopathie, ont un plein succès auprès de lui, voire même les tables tournantes.

Une Heureuse initiative

Tout récemment, M. Marc Sangnier a eu l'idée originale d'ouvrir, d'abord rue Réaumur, puis boulevard Edgard-Quinet, et plus tard dans différents quartiers de Paris, sous le nom de « Musée de la Misère » des sortes d'expositions destinées à renseigner les passants sur la détresse lamentable des femmes qui travaillent tout près de nous.

On y voit des corsages en liberty doublé, qui demandent une journée entière de travail et sont payés 60 centimes ; des costumes complets payés 1 fr. 20 ; des poupées habillées, des abat-jours, des brosses qui procurent à l'ouvrière des journées de 1 fr. 12, 1 franc, et 75 centimes : Puis, au fond une pancarte épinglée sur un rideau porte ces mots : « Voulez-vous voir le coupable ? » Naturellement, on écarte le rideau et on se trouve devant un miroir.

Les brochets policiers

La truite est, au dire des savants et au su des pêcheurs, le plus irascible des poissons. Ce sont, entre ces poissons, d'incessantes batailles, et il en résulte une diminution si extraordinaire dans le nombre de leurs pensionnaires, que les pisiculteurs ont cherché des remèdes jusqu'ici inefficaces.

Mais voici pour eux une lueur d'espoir. Un gardien du Jardin Zoologique de Londres a tout simplement eu l'idée de charger deux jeunes brochets de faire la police. Les truites sont devenues d'une politesse obséquieuse, non seulement vis-à-vis de leurs détectives, mais encore entre elles. Depuis que les brochets sont là, plus de dispute, pas une seule n'a montré sur son corps une trace de dents.

Mais, dira-t-on, les brochets vont manger les truites? Non ! Car ils sont trop petits... On les surveille, et dès qu'ils ont l'âge et la force de devenir dangereux, on les remplace par de plus jeunes. Ce n'est pas plus malin que cela !

PASSIONS ET RHUMATISMES

Hippocrate et ensuite Bacon recommandèrent la colère dans le traitement des maladies chroniques, en particulier le rhumatisme et la goutte. Des médecins ont vu des douleurs et des névralgies disparaître subitement après une violente peur... A la Révolution de juillet 1830, une foule d'indispositions chroniques, de névralgies disparurent par enchantement, surtout chez les femmes, par la simple préoccupation de l'issue du combat.

Rhumatisants chroniques, ne craignez pas de vous mettre en colère... du moins contre vos douleurs.

La diminution de la natalité allemande

Dans un congrès de la Société anthropologique tenu à Nuremberg, le conseiller Luchan a attiré l'attention de l'Assemblée sur la rapide diminution de l'accroissement de la population.

« Limiter le nombre des enfants, adopter comme certaines nations le système des deux enfants, c'est décréter le suicide de la nation. Berlin est arrivé au même niveau que Paris, et dès maintenant on estime à cinq cent mille par an le nombre des avortements pratiqués dans l'empire.

C'est précisément le système des deux enfants qui a forcé la France à réintroduire le service militaire de trois ans. Certes, nous disposons encore en Allemagne d'un excédent de conscrits valides, mais déjà les nombreuses et répréhensibles méthodes tendant à réduire le nombre des naissances au strict minimum conquièrent de plus en plus les villes et gagnent même les campagnes.

« Pour peu que nous continuions ainsi, nous aussi nous serons obligés de prolonger la durée du service militaire. »

Sur cette même question de la diminution du nombre des naissances et de la stérilité volontaire, la *Deutsche Tageszeitung* publie la statistique suivante :

« Après 1901, on comptait 37 naissances sur 1.000 habitants; en 1908, plus que 33, et en 1910 la proportion s'abaissait à 30,7 pour mille.

« Ces deux dernières années, la diminution des naissances s'est encore accentuée ; elle est surtout considérable dans les grandes villes. Ainsi à Berlin, la proportion qui, en 1900, était encore de 27,7 pour 1.000, était réduite en 1910 à 22,3.

« A Hambourg, c'est pis encore. De 30 pour 1.000 en 1900 la natalité est tombée en 1910 à 23,9 ; à Munich, de 37 à 24, et a Leipzig de 35 à 25,2.

« Le record est fourni par la ville de Stettin. En effet, alors qu'en 1900 on y enregistrait encore 38 naissances pour 1,000, dix ans plus tard on n'en comptait plus que 25,1 pour la même proportion. »

Influence phtisiogène des Hémoptysies

ET HÉMATÉMÈSES

Au cours de certaines Affections (1)

par M. LÉOTHAUD

Médecin-Major de 2e classe, du 32e régiment d'Artillerie à Fontainebleau

Il est d'observation courante que la pénétration dans l'organisme du bacille de Koch peut rester inoffensive jusqu'au moment où une cause quelconque, déterminant l'altération d'une muqueuse, en affaiblit la résistance. Si telle est l'influence de certaines maladies, comme la bronchite, la grippe, il en est cependant d'autres dont les lésions anatomo-pathologiques ne paraissent pas pouvoir expliquer nettement la prédisposition particulière à la tuberculose qui en est souvent la conséquence. On peut comprendre aisément que la grippe, la coqueluche, les bronchites répétées puissent, en raison de leurs complications inflammatoires broncho-pulmonaires, amener un tel résultat ; mais celui-ci paraît moins explicable, dans des affections telles que le rétrécissement de l'artère pulmonaire, l'ulcère de l'estomac, l'anévrysme de l'aorte, les kystes hydatiques du poumon, affections dont la tuberculose vient fréquemment compliquer le tableau clinique. Et, si l'on remarque que leur symptomatologie comporte ordinairement des hémoptysies ou des hématémèses, on est autorisé à se demander si cet accident reste bien indifférent à l'égard du processus tuberculeux.

Cette théorie, à vrai dire, est de date déjà ancienne et la « phtisis ab hemoptœ » fut décrite jadis par Morton. Mais, après avoir eu, au début, quelques succès, soutenue par des partisans tels que Broussais, Niemeyer, Jaccoud même (cliniques de Lariboisière, 1873 et de la Pitié, 1878), cette doctrine fut ruinée presque complètement par la découverte de Koch et tomba définitivement dans l'oubli.

Mérite-t-elle, en réalité, une défaveur aussi marquée, et ne contient-elle pas une part de vérité ? Il peut paraître intéressant de faire ressortir l'influence phtisiogène que sembleraient exercer les hémorragies dans quelques cas particuliers et, reprenant la doctrine de Morton, d'examiner, en premier lieu, l'influence et la nature réelle des hémoptysies de la période de début de la tuberculose.

Hémoptysies initiales de la tuberculose. — Dans la grande majorité des cas, le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début se base presque exclusivement sur l'hémoptysie qui en constitue fréquemment le seul prodrome. Mais, cet accident initial, qui est habituellement considéré comme un effet de la maladie, ne peut-il en aucun cas être regardé comme une cause occasionnelle, comme le point de départ du mal ? En d'autres termes, n'y a-t-il que des hémoptysies tuberculeuses, n'en existe-t-il pas de prétuberculeuses ?

Au point de vue bactériologique, une objection surgit et il importe tout d'abord de rejeter cette opinion généralement admise que les hémoptysies initiales contiennent toujours le germe spécifique. Si G. Sée, Hiller, Hugneny, Cochez, ont constaté la présence du bacille de Koch dans le sang de ces hémoptysies, d'autres auteurs, tels que Piery, Mandoul, Ortal, soutiennent par contre que, à la période initiale (avant l'apparition des premiers craquements), il ne s'y rencontre généralement pas. Cette divergence d'opinions démontre que la nature tuberculeuse des hémorragies initiales est encore loin d'être nn fait nettement établi. Et cette constation nous amène à émettre l'hypothèse suivante :

Chez un sujet qui ne présente aucun antécédent ni héréditaire, ni personnel, aucun signe objectif à l'examen, une hémoptysie survenue en plein état de santé et suivie à plus ou moins bref délai de manifestations tuberculeuses, peut être considérée comme le point de départ de la maladie et non comme un de ses effets. Semble-t-il impossible d'admettre qu'une hémoptysie puisse se produire d'une façon banale, au même titre qu'une épistaxis et que le coagulum formé par le sang épanché dans les voies respiratoires puisse constituer pour le bacille qui s'y trouve à l'état latent, un excellent bouillon de culture ?

La clinique et l'anatomo-pathologie tendraient d'autre part à confirmer une telle hypothèse. Il est en effet reconnu que les hémoptysies du début peuvent devancer de plusieurs années les autres symptômes et survenir au milieu d'une santé en apparence excellente *sans qu'il soit possible de découvrir, à l'auscultation, la moindre lésion.* Et lorsqu'on songe qu'elles sont généralement attribuées aux poussées congestives qui accompagnent l'éclosion des granulations tuberculeuses et qui se développent autour des masses nouvellement formées, on ne peut s'empêcher d'être frappé de ce fait : une congestion pulmonaire, arrivée à un degré suffisant pour provoquer une hémorragie et ne décelant son existence par aucun signe objectif à la percussion ou à l'auscultation. Même dans les cas où cette congestion est très localisée au sommet, dans les cas où sa symptomatologie s'écarte sensiblement de celle de la congestion normale, il paraît surprenant de ne pas constater, à défaut de râles, de la submatité, une modification quelconque du murmure vésiculaire ou bien un léger souffle.

Il y a là un point d'interrogation, et ce fait, un peu inexplicable, si l'on considère l'hémorragie comme un symptôme prémonitoire, semble trouver sa solution dans la théorie de Morton. Certes, il est des hémoptysies très nettement tuberculeuses, celles survenant chez un sujet présentant quelque antécédent, quelque signe suspect, si léger soit-il. Mais un crachement de sang, apparaissant chez un individu dont l'état de santé a été et est resté parfait à tous les points de vue et dont l'histoire pathologique ne permet pas d'élever le moindre doute, ne nous paraît pas devoir être considéré comme le résultat de l'évolution du germe. En la circonstance, on peut admettre que, dans l'excellent milieu de culture que lui offre le coagulum sanguin, le bacille de Koch se développe plus ou moins rapidement suivant la constitution du sujet, suivant les circonstances extérieures, insidieusement, jusqu'au moment où les lésions plus prononcées, déterminant alors les hémoptysies véritablement tuberculeuses, peuvent se déceler à l'auscultation. Il aurait pu rester inoffensif sans l'apparition d'une hémoptysie banale, car il est à l'heure actuelle admis, depuis les recherches de Strauss, qu'il existe fréquemment, sans manifester sa virulence, chez des sujets absolument sains.

Les hémoptysies dites *initiales*, n'auraient donc, dans la plupart des cas, aucun caractère spécifique : elles seraient simplement pré-tuberculeuses, leur action se bornant à une influence phtisiogène. Le fait de voir, au cours d'une tuberculose confirmée, une hémoptysie aggraver les lésions existantes, semblerait confirmer cette théorie qui trouve, du reste, d'autres arguments favorables.

Les hémoptysies d'origine traumatique peuvent constituer nn de ces arguments. Une contusion thoracique, avec ou sans lésions osseuses, détermine fréquemment une légère déchirure du poumon qui se traduit par une hémoptysie et peut devenir plus tard le siège d'une localisation bacillaire. Si, dans ces faits d'observation courante, le traumatisme agit, dans un certain nombre de cas, en réveillant un ancien foyer, on peut supposer que, souvent, l'épanchement sanguin a été la cause initiale du développement de la maladie en fournissant au bacille de Koch un milieu favorable à sa végétation.

Ne serait-ce pas également une influence semblable qu'exerceraient les hémorragies diverses, constatées au cours de certaines affections, qui semblent n'avoir aucun rapport direct avec la tuberculose, dont les lésions anatomo-pathologiques ne paraissent pas devoir favoriser spécialement le développement du bacille de Koch, et qui cependant constituent une sorte d'appel à l'infection tuberculeuse ?

Il est, en effet, intéressant de remarquer que le *kyste hydatique du poumon*, dont la symptomatologie se caractérise principalement par des hémoptysies abondantes et fréquentes, s'aggrave souvent de l'infection bacillaire. Et cet état de consomption particulier qu'on décrit habituellement sous la dénomination de phtisie hydatique, n'est vraisemblablement qu'une phtisie ordinaire commune dont le développement a été provoqué par les hémoptysies.

L'étiologie de la *dilatation des bronches*, offre un caractère important à mettre en relief. Il est admis, depuis Grancher, que les relations de cette affection avec la tuberculose sont contenues dans cette proposition : la tuberculose est une cause de dilatation bronchique. Cette opinion est sans doute un peu trop absolue et il semble admissible que la contre-partie puisse se présenter et que la bronchectasie soit susceptible de développer la tuberculose. On peut être en effet amené à concevoir que l'influence phtisiogène bien connue de certaines maladies infectieuses telles que la grippe, la coqueluche, la rougeole, réside en partie dans ce fait que la bronchectasie se développe particulièrement à la suite de leurs multiples complications broncho-pulmonaires. Une telle explication n'offre rien d'illogique si l'on envisage la fréquence spéciale des hémoptysies au cours de la dilatation bronchique et leur influence, possible sur la végétation du bacille de Koch.

Si on admet communément que la prédisposition à la tuberculose observée à la suite de ces affections des organes respiratoires relève de l'état particulier de réceptivité locale créé par les lésions broncho-pulmonaires, il faut bien reconnaître qu'une telle donnée n'a qu'une valeur relative, car elle semble même infirmée par le fait de la rareté de la phtisie à la suite de la pneumonie franche et de la bronchite chronique qui accompagne l'emphysème ou l'asthme. Cette constatation, qui implique l'idée d'un facteur autre que les altérations organiques, donne plus de force à la théorie de l'influence phtisiogène de certaines hémorragies.

Cette influence se retrouve également dans quelques affections de l'appareil circulatoire. La fréquence de la phtisie dans le *rétrécissement pulmonaire* congénital ou ac-

(1) Cette etude a été inspirée par l'observation de plusieurs cas dont deux présentèrent un intérêt particulier. Il s'agissait, dans le premier cas, d'un jeune homme atteint de bronchectasie (Hôpital militaire d'El Aricha, 1909). Le deuxième avait trait à une femme porteur d'un cancer, traitée en 1911, à l'hôpital de Saïda. Ces deux malades, sans aucun antécédent bacillaire, virent, à la suite de fréquentes hémoptysies et hématémèses, leur affection singulièrement aggravée, par l'apparition de l'infection tuberculeuse.

quis est aujourd'hui un fait devenu classique ; les sujets, porteurs de cette lésion, meurent habituellement de la phtisie (Lebert, Oppolzer, C. Paul). Comme du reste dans les cas précédents, il paraît difficile, en raison de cette extrême fréquence, de n'invoquer comme explication de ce fait, que l'influence prédisposante banale de toute cause de débilitation générale. Nous n'avons pas l'intention de soutenir que les hémoptysies, qui font partie du cortège symptomatique de l'affection, soient la seule cause du développement de la bacillose et que les troubles circulatoires, l'état d'ischémie du poumon ne soient pour rien dans son évolution ; nous nous demandons simplement si la virulence du bacille ne s'est pas manifestée à la faveur de ces crachements de sang.

Il pourrait peut être en être de même dans ces cas d'*anévrysmes de l'aorte thoracique* qui donnent lieu à de petites hémorragies fréquemment répétées. On sait en effet que la tuberculose est assez fréquente au cours de cette affection et, aux différentes théories soutenues pour expliquer cette coïncidence, ne pourrait-on joindre l'hypothèse du bacille tuberculeux se développant à la faveur des caillots hémorragiques, hypothèse moins élégante sans doute, mais plus simple peut-être que celle de la compression du pneumo-gastrique (Hérard et Cornil), ou de l'artère pulmonaire (Raynaud, Hanot), déterminant des troubles circulatoires et nutritifs du côté des poumons.

On peut objecter, il est vrai, l'antagonisme qui semble exister entre la tuberculose et les lésions mitrales dont la symptomatologie comporte assez fréquemment des hémoptysies. Cet antagonisme n'est qu'apparent et la théorie de Peter suffit à l'expliquer : le bacille ne peut se développer au sommet, son lieu de prédilection, dont la circulation est rendue plus active par l'œdème des bases. Il est alors vraisemblable que l'hémoptysie peut perdre son influence, qu'elle récupère, quand, pour une raison quelconque, ces troubles de la circulation disparaissent et que le poumon redevient tuberculisable.

Parmi les affections du tube digestif qui peuvent être mises au premier rang des causes prédisposantes de la phtisie, il faut mentionner l'*ulcère* et le *cancer de l'estomac*. On admet généralement que cette prédisposition relève, soit des altérations de la muqueuse servant de porte d'entrée au bacille de Koch, soit de l'inanition et de la cachexie favorisant l'éclosion d'une tuberculose latente. Il serait puéril de nier l'importance de ces facteurs, mais il est vraisemblable d'autre part que les hématémèses observées au cours de ces deux affections ne restent pas sans action sur l'évolution primitive du germe tuberculeux. Il est curieux de rencontrer en certaines données statistiques une sorte de démonstration de cette influence. La phtisie s'observe en effet, d'après Lebert et Jaksh, dans 1/3 des cas d'ulcère simple et 1/5 du cas de cancer de l'estomac. Or, il importe de remarquer que cette proportion est à peu près celle de la fréquence des hématémèses, au cours des deux affections : il y aurait parallélisme entre la fréquence de la tuberculose et celle des hématémèses. Ce fait d'observation ne semble pas devoir être considéré comme le résultat d'une simple coïncidence.

Un processus identique tendrait à expliquer, en certains cas tout au moins, le rôle prépondérant de l'*alcoolisme* dans la genèse de la phtisie. Indépendamment des causes d'ordre général déterminant un état de moindre résistance que Bouchardat a qualifié de misère physiologique, on a invoqué la fréquence dans l'alcoolisme de la stéatose de l'artère pulmonaire, le rétrécissement de ce vaisseau exerçant une influence phtisiogène nettement établie. Sans discuter la valeur de cette théorie, il reste certain toutefois que la gastrite ulcéreuse, d'origine alcoolique, joue un rôle important dans la genèse de la tuberculose, autant peut-être en raison des hématémèses fréquentes qu'elle engendre que des altérations de la muqueuse stomacale. On ne peut s'empêcher, en effet, d'être frappé de ce fait que la tuberculose se rencontre principalement chez les buveurs d'absinthe et d'apéritifs (Lanceraux) qui, presque tous, présentent les symptômes de la gastrite ulcéreuse.

De ces différentes remarques on pourrait conclure que la doctrine de la « phtisis ab hemoptoe » contient vraisemblablement une grosse part de vérité. — Mais les faits, il faut le reconnaître, sont encore loin d'être démontrés. On objectera sans doute que nombre d'affections comportant des hémorragies, la dysenterie, l'hémophilie, par exemple, ne provoquent aucune prédisposition spéciale à la tuberculose. Mais, selon toute probabilité, l'objection n'est qu'apparente, car il faut admettre que, pour permettre le développement du bacille de Koch, l'hémorragie doit satisfaire à certaines conditions. Il paraît ainsi hors de doute qu'une hémorragie insignifiante ou trop abondante, un sang trop fluide, toutes causes enfin se prêtant difficilement à la formation d'un caillot, constitueront pour le bacille un milieu de culture peu favorable. Le siège de l'hémorragie ne paraît pas non plus être indifférent et l'étiologie de la tuberculose permet de comprendre facilement que les hémoptysies seront, de toutes les hémorragies, les plus favorables au développement du bacille de Koch. Ces questions restent à étudier.

Quoi qu'il en soit, l'ostracisme que l'on a manifesté à l'égard de la doctrine de Morton semble un peu injustifié, et les remarques précédentes, si elles n'ont pas la valeur de faits scientifiquement démontrés, constituent cependant un faisceau d'arguments susceptible d'étayer, jusqu'à preuves plus évidentes, la théorie de l'influence phtisiogène de certaines hémorragies.

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. MARY

Médecin de Régiment de 2me classe de l'armée belge

Si l'on visite une salle où se rassemblent les pensionnaires d'un asile d'aliénés, l'on est étonné que, sur quatre ou cinq d'entre eux, il existe au moins un paralytique général. Cette proportion est signalée par Ball et cependant il est incroyable qu'une affection aussi remarquable par sa fréquence insolite, ainsi que par son extrême gravité, échappe encore souvent à l'observation de bien des médecins.

Si l'on savait avec quelle facilité les faits les plus probants se dérobent à notre attention, faute de nous avoir été signalés, on croirait que les symptômes de la paralysie générale, réduite à l'état d'exception, se dirigent par l'observation vers un diagnostic comportant un pronostic bien déterminé.

La paralysie générale est devenue d'une observation commune, disions-nous, dans les grandes villes où le surmenage intellectuel et surtout la syphilis se réunissent pour favoriser son évolution. Mais ce qui complique la séméiologie de cette affection, plus fréquente dans le sexe masculin, c'est qu'elle n'est pas toujours typique et qu'elle prend volontiers l'allure d'une autre maladie. Aussi, si l'on peut définir cette affection d'une façon générale, nous devons avouer que cette définition comporte de très nombreuses exceptions.

Si encore la pathogénie de la paralysie générale était bien connue et si l'on pouvait attribuer à la syphilis le rôle principal dans son étiologie ; mais, on doit également tenir compte de la prédisposition psychopathique, du surmenage intellectuel, des émotions violentes, des intoxications, des infections diverses et des traumatismes craniens.

Nous savons tous que la paralysie générale est caractérisée anatomiquement par une méningo-encéphalite interstitielle diffuse avec lésions accessoires diffuses de tout le système nerveux et cliniquement par des symptômes progressifs de démence et de paralysie (démence paralytique) auxquels viennent fréquemment s'associer des symptômes accessoires divers, somatiques et psychiques.

Elle s'observe généralement chez l'adulte en pleine vigueur intellectuelle, mais, également, à titre exceptionnel, chez les enfants, les adolescents et les sujets près de la vieillesse.

Comme nous l'avons dit, ses débuts sont extrêmement polymorphes, insidieux et brutaux. Tantôt elle apparaît avec troubles intellectuels, tantôt sans aucun trouble de ce genre. Elle prend facilement l'apparence d'une autre maladie et souvent est précédée d'un état d'incubation (Régis) pendant lequel nous ne sommes pas en mesure de soupçonner la maladie. Ce n'est que lorsque le processus essentiellement torpide de méningo-encéphalite diffuse a progressé déjà depuis de longs mois qu'une certitude apparaît à l'esprit de l'observateur.

N'oublions pas de signaler qu'au début de la paralysie générale, alors que peu de symptômes font soupçonner la maladie, l'individu est enclin aux réactions anormales et délictueuses, ce qui a fait donner par Lasègue à cette période le nom de période médico-légale. Nous ajouterons que les délits des paralytiques sont exécutés sans précautions, sans intérêts et contrastent avec le caractère antérieur du malade. Aussi le médecin est-il autorisé à poser la question de la paralysie générale lorsqu'il apprend qu'un homme parfaitement honorable est accusé d'un acte répréhensible exécuté dans ces conditions. On relève comme délits exécutés par les paralytiques, les vols, les abus de confiance, les escroqueries, les tentatives de viol, les attentats à la pudeur, les violences légères, les outrages aux agents, le port illégal de décorations, l'usurpation de qualité, les fugues, etc.

L'histoire du malade dont je vais raconter sommairement la maladie, a ceci d'intéressant, c'est que sans l'occasion d'un accident caractéristique, d'une fugue, les symptômes du début qui ont fait poser le diagnostic, passaient inaperçus.

Il s'agit d'une jeune volontaire de carrière, âgé de 19 ans et 6 mois, envoyé à l'institut spécial avec le diagnostic d'affection des centres nerveux.

Comme antécédents héréditaires nous ne constatons rien. Les parents vivent encore, sont de bonne conduite et de mœurs irréprochables. Le père est dans l'aisance et est entrepreneur. Il n'y a pas eu d'aliénés dans la famille.

Comme antécédents personnels, nous voyons que notre sujet est enfant unique et qu'il a eu comme maladie infectieuse la rougeole, mais qu'il a subi, à son dire, un traumatisme de la tête, léger sans nul doute, puisque après un an et six mois, aucune trace de cicatrice n'est visible. Notre malade aurait eu, en avril 1911,

soit en jouant, soit en luttant avec un camarade dans la chambrée, la région temporale droite projetée contre une cassette. C'est alors qu'il fut envoyé à l'hôpital militaire d'une de nos garnisons de province d'où il est sorti guéri. Il reprit son service jusqu'en septembre 1912, époque à laquelle il obtint un congé et se rendit dans sa famille. Ici, sous prétexte de douleurs dans le bras gauche et dans la tête, notre homme se fait admettre à l'hôpital militaire de la ville où habitaient ses parents. Il en sort complètement remis et c'est en rejoignant son école régimentaire que, dans une ville où il doit changer de gare, il s'aperçoit qu'il a perdu son coupon. N'ayant plus, à son dire, suffisamment d'argent pour en reprendre un, il croit savoir qu'il connaît des amis et se décide à aller leur demander les moyens de continuer son voyage. Mais, chemin faisant, il ne se souvint plus de la route à suivre ou de l'adresse de ces personnes et il est trouvé par la police, agenouillé et creusant de ses doigts la terre pour chercher un objet qu'on ne définit pas. La parole est embarrassée, difficile, lente et embrouillée. Aussi est-il conduit par la police à l'hôpital militaire de cette ville. Ceci se passe le 14 septembre et il est, le 20 du même mois, évacué sur l'institut spécial de Malines.

C'est alors, qu'accompagnant M. le médecin principal de 1re classe Martin, nous voyons notre malade pour la première fois. Il a la figure plutôt effarée, il est sans fièvre, a un pouls de 19 à 20 au 1/4 et répond à nos questions d'une voix tremblotante, scandée et hésitante et par phrases incomplètes. L'embarras de la parole, les troubles d'articulation, manifestations de l'incertitude musculaire, portent sur les mots longs et difficiles. Le malade ne termine pas ses phrases, il a de l'amnésie verbale et emploie des mots pour d'autres « oui, mon prince... pour oui, mon principal », etc.

Malgré cela et la difficulté qu'il y a d'avoir des réponses nettes, nous apprenons qu'il ne boit pas, ne s'adonne pas à l'alcool, qu'il n'a pas eu la syphilis, qu'il n'a pas eu de diathèse, ni d'accidents nerveux avant le début de l'affection actuelle qu'il fait remonter au traumatisme cranien qu'il a subi.

L'examen physique ne fait rien constater. Les appareils respiratoire, circulatoire, l'appareil digestif avec ses annexes, l'appareil génito-urinaire, l'appareil auditif, le système osseux, etc., sont normaux. En un mot, toutes les fonctions de la vie organique s'accomplissent convenablement et l'état général de notre malade ne semble pas avoir souffert de l'affection dont il est atteint. Mais quand nous examinons les yeux un symptôme nous frappe encore. Il y a de l'inégalité pupillaire. La pupille droite est plus dilatée que la gauche qui est plutôt rétrécie. Et cependant la vue ne semble guère altérée. Les pupilles réagissent à la lumière, mais avec lenteur, alors qu'il y a persistance du réflexe accommodateur. Le signe d'Argyll-Robertson est donc manifeste, car l'immobilité de la pupille ne s'observe guère qu'à la phase terminale de l'affection. L'irrégularité du contour pupillaire ne paraît pas très accentuée.

Du côté du système nerveux, nous constatons de l'exagération de tous les réflexes tendineux; le radiohicipital, qui, à l'état ordinaire, ne se montre pas, se produit dans le cas de notre jeune militaire.

Du côté des réflexes cutanés, nous constatons que les uns sont normaux, les autres exagérés, surtout du côté gauche (bras et jambe gauches).

Du côté de la sensibilité, il y a un léger trouble à gauche, à la douleur, alors que ce trouble semble peu marqué au froid et à la chaleur, mais ce que nous devons signaler, c'est qu'à certains moments, notre malade se plaint de céphalalgie et de douleurs dans le bras gauche, douleurs qui s'étendent de l'extrémité des doigts à l'épaule, sans localisation bien fixe.

Comme troubles moteurs, nous constatons le tremblement musculaire diffus, localisé aux doigts et surtout à la langue où l'on ne constate cependant pas de déviation. Il y a trémulation fibrillaire des muscles des lèvres et des paupières, surtout au moment de la parole.

Comme troubles psychiques, nous remarquons de la lenteur dans la formation des idées, de la difficulté de la compréhension, de l'affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire. Il y a accomplissement d'actes bizarres et extravagants: nous ne citerons que la fugue qu'il fit et qui nécessita son transfert par la police à l'hôpital militaire qui l'évacua sur Malines.

Quant aux troubles vasculaires, nous signalerons qu'il existe de la dermographie très manifeste. On voit par ce que nous venons de dire que le diagnostic était facile en présence de l'affaiblissement intellectuel qui avait évolué sans délire et qui portait sur l'ensemble des facultés, sur la mémoire, sur l'attention volontaire particulièrement. Mais la constatation des signes physiques concomitants était d'un caractère encore plus important pour le diagnostic. Nous avions l'embarras de la parole plus accentué lorsque le malade était un peu fatigué, à la fin d'une conversation ou d'une lecture à haute voix. Ce phénomène est essentiellement progressif et se caractérise par des hésitations (achoppements), des omissions et des répétitions de syllabes. Les troubles psycholaliques, signalés par Joffroy, se combinent aux troubles arthrolaliques et c'est ce que nous remarquâmes. Notre malade ne terminait pas ses phrases, il avait de l'amnésie verbale, il employait des mots pour d'autres. Les mêmes troubles s'observaient dans l'écriture qui était embrouillée, tremblotante ; indépendamment des altérations calligraphiques, nous observons des altérations psychographiques.

Nous avions les troubles pupillaires, l'inégalité, la diminution du réflexe lumineux avec persistance du réflexe accommodateur.

En présence de l'ensemble de ces signes, l'examen de la lymphocytose céphalo-rachidienne n'avait pas d'importance, mais dans les cas douteux où l'on hésite, si la paresse de la pupille à la lumière est peu accentuée, si les accrocs de la parole sont rares, l'utilité de la ponction lombaire est considérable.

Indépendamment des éléments psychiques et somatiques énumérés, nous avions les modifications des réflexes, la diminution de la sensibilité à la douleur, le tremblement musculaire diffus, mais surtout marqué à la langue et aux doigts, les troubles vaso-moteurs et quelquefois trophiques, d'après les auteurs ; mais la constatation de ces phénomènes n'a pas la même importance.

Voyons, avec quelles affections cette paralysie générale au début pouvait être diagnostiquée. Nous avons en premier lieu la sclérose en plaques et, en second lieu, la névrose hystéro-traumatique. Dans la sclérose en plaque, nous pouvons avoir de l'inégalité des pupilles mais elles réagissent mal à la lumière et à l'accomodation. Il y a modification plus ou moins accentuée du champ visuel, dyschromatopsie. De plus, tous ces troubles oculaires sont ordinairement unilatéraux et tout au moins asymétriques quand ils sont bilatéraux. Il y a également des troubles bulbaires : tremblement de la langue ; mais, presque toujours s'ajoutent des troubles de la mastication et de la déglutition, de la glycosurie et de la polyurie. Ce qui n'était pas le cas chez notre observé.

Comme symptômes cérébraux, nous avons des troubles de la parole : la voix est spasmodique, traînante, monotone, scandée ; des troubles intellectuels : affaissement psychique, accès de fou rire ou de pleurs, des vertiges ; mais, s'il existe de l'embarras de la parole, il n'y a pas ce bredouillement caractéristique de la paralysie générale, cette trémulation des lèvres et de la langue. S'il y a des troubles oculaires, ils ne sont pas caractéristiques comme ceux de la paralysie générale et nous avons du nystagmus. De plus, nous avons dans la sclérose en plaques du côté des membres inférieurs, une marche difficile, de la parésie, de la contracture des jambes qui sont en extension et en adduction, donnant la démarche dite spasmodique. Nous avons la trépidation épileptoïde du pied et la démarche cérébelleuse titubante.

Du côté des membres supérieurs, nous avons de la parésie, du tremblement à l'occasion des mouvements voulus.

Quant à la névrose hystéro-traumatique, nous avons pu l'exclure facilement, car ce sont les symptômes propres de l'hystérie qui mettent sur la voie du diagnostic. L'absence des stigmates hystériques, stigmates mentaux et de la sensibilité, l'absence de zones hystérogènes, l'absence de stigmates sensoriels du côté des muqueuses, nous faisaient exclure cette névrose et cela avec d'autant plus de force que nous admettons que la plupart des accidents dans l'hystérie ne sont que l'exagération de ces stigmates.

Du reste, la concomitance, la marche des accidents dans l'hystérie, l'ensemble des symptômes disparates qu'elle peut revêtir ne doivent pas faire hésiter l'observateur.

Nous n'insisterons pas sur le pronostic de la paralysie générale dans le cas qui nous a occupé. Il est admis qu'il est d'autant plus grave que la marche de cette affection est plus aiguë. Chez notre observé, qui fut réformé, l'affection semblait évoluer d'une façon assez rapide depuis quelque temps. Les auteurs admettent que si souvent l'affection est longue et habituellement progressive, elle est rarement curable. Aussi, dans le cas, qui a fait l'objet de notre observation, pouvons-nous certifier que la survie de notre malade ne dépassera pas la durée moyenne et que d'ici peu un état de démence obligera la famille à la nécessité d'une surveillance continue si pas à l'internement. Cependant si le pronostic est grave, des rémissions dans la marche de la maladie peuvent être assez complètes et assez prolongées pour simuler des guérisons.

Néanmoins, comme il s'agit d'un état désormais habituel de démence, l'interdiction sera de mise, le paralytique général pouvant faire mauvais usage de sa signature et de son argent.

Le Mal de mer et les Animaux

Tous les animaux éprouvent le mal de mer à des degrés différents, sauf un seul, l'ours polaire habitué au balancement continuel des glaçons.

C'est ainsi que le bœuf ne ressent que très peu les atteintes du mal de mer.

La girafe également ne ressent qu'un léger malaise.

Le cheval est moins bien partagé ; il souffre terriblement du mal de mer, et l'on en a vu beaucoup mourir des suites de traversées.

Le singe souffre également beaucoup du mal de mer. Il est cependant plus heureux que le cheval, car on a trouvé un remède à son mal, il suffit de lui donner un oignon.

Le tigre est de tous les animaux celui qui souffre le plus du mal de mer. Il gémit de façon pitoyable, se frottant le ventre avec sa patte, ses yeux pleurant continuellement.

L'éléphant est également sensible au mal de mer. Mais pour l'énorme pachyderme, on connaît aussi le remède qui le remet d'aplomb : deux litres de wisky.

Études culturales sur le Virus de la rage

Par M. le Docteur Hideyo NOGUCHI
de l'Institut Rockfeller for Medical Research (New-York)

Un savant japonais, M. le docteur Hideyo Noguchi, vient de faire dans les laboratoires de l'Institut Rockfeller for médical Research (de New-York), la découverte du microbe de la rage.

En raison de l'importance extrême du travail de M. Noguchi, travail dont la primeur a été réservée au journal français la *Presse médicale*, nous empruntons à notre confrère l'article suivant où l'éminent bactériologiste japonais expose sa magnifique découverte.

Galtier (1) et Pasteur (2) ont démontré que la rage est infectieuse. Negri (3) a ensuite décrit les inclusions caractéristiques des cellules ganglionnaires et Babes, (4) J. Koch (5), Volpino (6), Proescher (7) et d'autres ont trouvé des parcelles granulaires ou pléomorphiques, minuscules, dans le système nerveux central d'animaux atteints de la rage. Remlinger (8), Bertarelli et Volpino (9), Poor et Steinhardt (10) ont démontré la filtrabilité du virus rabique; mais la nature du virus même était demeurée inconnue.

Au commencement de 1912, j'entrepris la culture du virus rabique, et je suis arrivé à certains résultats, dont je puis donner un compte rendu succinct.

Il a été fait environ cinquante séries de cultures avec le cerveau ou la moelle, enlevé aseptiquement, de lapins, de cobayes et de chiens auxquels on avait transmis du virus « des rues », du virus « de passage » ou du virus « fixe ». Généralement, les animaux ont été éthérisés très peu de temps avant leur mort spontanée.

La méthode, qui a donné le résultat que je vais relater, est semblable à celle qui a été employée avec succès pour la culture des spirochètes de la fièvre récurrente (11). Dans ces cultures, il se produit des corpuscules granulaires minuscules et des corpuscules pléomorphiques chromatoïdes un peu plus gros qui, à la suite de transplantation, reparaissent dans les nouvelles cultures pendant de nombreuses générations. Ces mêmes corpuscules, selon toute apparence, ont été obtenus avec le virus « des rues », le virus « de passage » et le virus « fixe ». Les plus petits de ces corpuscules se trouvent à la limite même de la visibilité microscopique. A quatre occasions différentes, j'ai observé dans des cultures des virus « de passage » et de virus « fixe », des corpuscules nucléés ronds ou ovales, entourés de membranes qui différaient totalement des corpuscules granulaires plus petits, bien que se produisant dans les mêmes cultures que ces derniers. Leur apparition a été soudaine et abondante, d'une durée de quatre à cinq jours; ils ont ensuite subi une diminution qui a coïncidé avec l'augmentation des corpuscules granulaires. Dans l'un des quatre cas, ces corpuscules plus grands se sont produits dans une culture préparée avec du cerveau de lapin inoculé, au préalable, avec une culture de virus de « passage », qui donna lieu aux symptômes de la rage. Dans deux autres cas, les corpuscules nucléés plus grands se sont produits dans des cultures préparées avec du virus « fixe », dans lequel il était difficile de mettre en évidence des corpuscules de Negri soit sur les coupes, soit sur les frottis.

Les caractères morphologiques généraux des corpuscules nucléés sont reproduits, grossis 1.100 fois. Avec eux sont également reproduits à titre de comparaison des corpuscules de Negri pris de cerveaux de chiens ayant succombé au virus « des rues ». Les corpuscules nucléés cultivés sont en train de se multiplier activement, par division ou par bourgeonnement, et ont l'apparence non pas de bactéries, mais de protozoaires. Les individus réunis dans une masse se multipliant peuvent être renfermés pendant un certain temps dans une capsule commune (?). Comme grandeur, ils vont de 1 μ à 2 μ environ. A l'ultra-microscope, ils font voir des caractères déterminés, comme dans les préparations colorées. Le centre est à noyau; la membrane est distincte et très réfringente. A peu près au moment où les corpuscules nucléés disparaissent graduellement, de nombreux corpuscules granulaires, de formation caractéristique, et de minuscules corpuscules ronds libres, apparaissent dans les cultures. On n'essaiera pas d'en interpréter ici la signification.

Aucune des formes mentionnées ne se développe dans les différents autres milieux essayés jusqu'ici, et les cultures prennent une apparence de stérilité lorsqu'on leur fait subir les preuves bactériologiques ordinaires.

En inoculant des cultures contenant les corpuscules granulaires, pléomorphiques ou nucléés, on a reproduit la rage chez des chiens, des lapins et des cobayes, comme l'ont prouvé les symtômes typiques et les inoculations positives aux animaux. Dans les préparations de frottis faites avec le cerveau de ces animaux, les corpuscules granulaires existent toujours et les corpuscules nucléés sont quelquefois présents, et en quantités considérables.

(1) Galtier. — *Comptes rendus Acad. des sciences*, 1879, LXXXIX, 444.
(2) Pasteur, L. Chamberland et Roux. — *Comptes rend. Acad. des sciences*, 1881, XCII, 159.
(3) A. Negri. — *Zeitscgr. f. Hyg.*, 1903, XLIII, 507; XLIV, 520; 1909, XLIII, 421.
(4) V. Babes. — « Traité de la Rage ». Paris, 1912; *Zeitschr. f. Hyg.*, 1907, LVI, 435.
(5) J. Koch. — *Zeitschr. f. Hyg.*, 1910, LXVI, 443.
(6) F. Volpino. — *Arch. per le Sc. med.*, 1904, XXVIII, 153.
(7) F. Proescher. — *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1913, I, 653.
(8) M.-P. Remlinger. — *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1903, XVII, 834; 1904, XVIII, 150.
(9) E. Bertarelli e I. Volpino. — *Centralbl. f. Bakteriol.* J. te Abt. Orig., 1904, XXXVII, 51. — *Idem.*, 1905, XXXIX, 399.
(10) D.-W. Poor et E. Steinhardt. — *Journ. Infect. dis.*, 1913, XII, 202.
(11) H. Noguchi. — *Journ. Exper. méd.*, 1912, XVI, 199.

Moustiques et " Marseillaise "

Un savant sud-américain vient, paraît-il, de découvrir que les moustiques sont sensibles à la musique.

Si l'on fait vibrer une corde de violon, ils volent dans la direction de l'instrument et viennent se poser sur le corps de violon. Le naturaliste en question se distrayait souvent à ce jeu, et il put remarquer que certaines notes plaisaient davantage à ces insectes. Ces notes, paraît il, revenaient souvent dans la *Marseillaise*, puisqu'il observa que, chaque fois qu'il jouait le chant national français, le violon, les cordes et l'archet étaient couverts de moustiques.

La musique adoucit les mœurs. Ne va-t-on pas, bientôt, décider les moustiques à ne plus nous martyriser, en leur jouant leurs airs favoris ?

REVUE CLINIQUE

Myélite métatyphique chez un enfant de quatre ans
Bacillurie éberthienne persistant 5 mois après le début de l'infection

Par M. Jules RENAULT,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher),
et M. Pierre-Paul LÉVY,
Interne des hôpitaux.

L'observation suivante nous a paru intéressante par la rareté de la myélite typhique chez l'enfant, par la manière rétrospective dont a pu être posé le diagnostic, enfin par la persisance dans l'organisme du bacille d'Eberth, que nous avions pu être amenés à soupçonner chez notre malade.

Fri... (L.), quatre ans et demi.

L'enfant est conduit en ambulance dans le service de chirurgie infantile du Dr Lenormant, où il séjourne du 4 au 8 décembre 1912.

On l'amenait parce qu'il était atteint de *paraplégie*.

En même temps, il présentait de l'otorrhée et des escarres sur lesquelles nous aurons à revenir. L'otorrhée ne présentait aucun caractère inquiétant, ne s'accompagnait pas de symptômes mastoïdiens ou encéphalo-méningés.

La ponction lombaire, pratiquée par M. Galland, interne du service, donna issue à du liquide que nous avons examiné : il était parfaitement limpide, sans albumine ni réaction leucocytaire.

D'autre part, l'examen de la colonne lombaire, fait par M. Lenormant, démontrait l'absence de lésions pottiques.

L'enfant entre à la salle Bergeron, dans le service de médecine infantile de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher), le 8 décembre 1912.

On est en présence d'un sujet de taille à peu près normale, de teint pâle, profondément amaigri, d'aspect souffreteux et cachectique.

Si on le découvre, on constate que *les jambes sont hyperfléchies* sur les cuisses, et si on cherche à les mobiliser, qu'elles sont extrêmement raides sans cependant s'opposer de manière invincible à leur extension.

Les *réflexes rotuliens* sont très notablement exagérés.

Le lit du petit malade est souillé d'urine et de matières. Si on le remue, il se plaint douloureusement et l'on découvre la cause de cette douleur en la présence de trois *escarres*, creusant profondément les régions trochantériennes et sacrée.

Ces rapides constations, jointes à l'absence de réaction fébrile (T = 37°2 — Pouls régulier = 80), de signes encéphaliques et de signes méningés, orientent nettement le diagnostic vers une paraplégie spasmodique d'*origine médullaire*, que vient confirmer l'examen clinique plus approfondi de ces divers symptômes.

En effet, on constate pour les troubles moteurs et réflexes :

1° L'impossibilité de le faire marcher, son aspect seul montrait d'ailleurs qu'il eût été incapable de se tenir dehout.

Il est également incapable de faire accomplir le moindre mouvement aux différents segments des membres inférieurs.

2° Une *contracture* manifeste des divers segments des membres inférieurs.

Les jambes sont fléchies sur les cuisses, celles-ci fléchies sur le bassin, les pieds étendus sur les jambes.

Cette contracture est bien organique et non pas seulement fonctionnelle. Les enfants immobilisent volontiers leurs membres inférieurs, en cas de douleurs abdominales, coxalgiques ou lombaires, et le petit malade aurait pu, pour protéger des téguments profondément ulcérés, enraidir ses jambes. Si l'on prenait soin de le mettre sur le côté pour examiner ses membres inférieurs, ceux-ci conservaient intacte leur rigidité en

flexion. On arrivait avec assez de peine, à vaincre cette rigidité, la contracture en flexion des jambes sur les cuisses étant plus accentuée que celle des cuisses sur le bassin.

Quoi qu'il en soit, il s'agit bien d'une contracture énergique, les segments de membres écartés reprenant vite leur position primitive quand on les abandonnait à eux-mêmes ;

3° Les *réflexes rotuliens* sont nettement exagérés, surtout à droite. De même pour les réflexes achilléens. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde véritable, mais la recherche du clonus déclanche 5 ou 6 secousses décroissantes d'extension du pied sur la jambe.

On ne peut provoquer de trépidation de la rotule ;

4° Le *signe de Babinski* est positif.

Les réflexes tendineux du membre supérieur ne présentent pas d'exagération.

Quant aux *réflexes cutanés*, crémastérien et abdominal, ils sont conservés et d'intensité normale.

Les TROUBLES TROPHIQUES sont réalisés, chez nos petit malade, par les escarres et par l'état des téguments des membres inférieurs.

L'*escarre sacrée*, longue d'environ 5 centimètres, large de plus de trois, est profonde, sanieuse, entourée d'une zone rouge vineux. Elle s'étend jusqu'au niveau du pli interfessier, sur lequel elle empiète.

Les *escarres sous-trochantériennes*, plus allongées et un peu plus étroites, sont un peu moins profondes, mais leur aspect est aussi sanieux, leur fond est suintant, recouvert de débris sphacélés.

La peau des membres inférieurs est sèche, écailleuse et, au niveau des talons, en imminence d'escarrification.

Pour les TROUBLES SPHINCTÉRIENS, ils affectent les deux réservoirs. L'enfant a quatre ans et demi ; il sait s'exprimer nettement et ne manifeste aucun besoin.

Le mictions involontaires ne semblent pas perçues. Elles sont fréquentes, et la vessie n'est pas distendue, ainsi qu'en témoigne l'absence de matité hypogastrique.

Les défécations échappent également à la volonté du malade.

La recherche des TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ est naturellement délicate, étant donné l'âge du du sujet.

On peut cependant constater qu'il n'y a pas de modifications appréciables de la sensibilité à la piqûre : l'enfant réagit par des cris.

De même, il perçoit désagréablement le contact d'un tube d'eau chaude. On ne trouve pas de zones d'anesthésie, aussi bien sur les membres inférieurs, à leur racine on à leurs extrémités, que sur le tronc.

L'EXAMEN DES AUTRES ORGANES ne décèle pas de lésions intéressantes, tant au point de vue du système nerveux que des viscères thoraco-abdominaux.

En particulier, l'encéphale et les méninges sont indemnes ; il n'y a pas de signes oculaires, pas de raideur de la nuque.

Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume.

Il faut joindre à l'examen l'existence de quelques stigmates de *rachitisme* : front bombé, chapelet costal, thorax écrasé à la partie inférieure, épiphyses volumineuses.

Tel est, à l'entrée, le tableau que présente l'enfant.

En présence de ces symptômes, l'examen attentif de la *colonne vertébrale* s'imposait : il confirma de tous points celui du service de chirurgie.

Partout le rachis était souple et régulier, sans saillies. D'ailleurs, l'examen antérieur du liquide céphalo-rachidien, clair et sans albumine, privé d'éléments cellulaires, parlait nettement contre l'hypothèse d'une lésion compressive de la moelle, et aussi contre celle d'une affection méningée.

Aussi était-il logique de soupçonner une *altération médullaire*.

En attendant de pouvoir recueillir des renseignements complémentaires, il fallait suspecter la *syphilis*.

L'enfant n'avait aucun stigmate de syphilis héréditaire ou récemment acquise, tant sur la peau ou les muqueuses qu'au niveau des os, des dents ou des yeux.

La réaction de *Wassermann* fut d'ailleurs complètement négative.

Restait alors l'hypothèse d'une *myélite toxi-infectieuse*. Bien qu'on n'eût aucun renseignement sur le mode de début exact de l'affection, sans savoir en particulier si le stade de parésie spasmodique que nous avions pu constater avait ou non succédé à une période de flaccidité, on pouvait penser qu'il s'agissait d'une inflammation médullaire, à rattacher soit à une fièvre éruptive ou une maladie infectieuse dont aurait eu à souffrir l'enfant peu de temps auparavant.

Quelques jours avant l'arrivée de l'enfant, son frère était entré dans le service, atteint de fièvre typhoïde grave ; ce renseignement était du plus haut intérêt.

Aussi, bien que le petit malade n'eût actuellement aucun signe d'infection éberthienne ni du côté des organes digestifs ou pulmonaires, ni par sa température, nous avons recherché si la réaction de Widal serait positive : le sérum était *fortement agglutinant* au 1/100.

Cela permit de porter le diagnostic rétrospectif de *fièvre typhoïde* à l'origine de la myélite.

Et en effet, nous avons pu, quelques jours après, obtenir — avec une grande difficulté — des éclaircissements de la mère, et apprendre qu'il avait eu, un mois auparavant, une fièvre typhoïde, et que les escarres duraient depuis environ trois semaines.

Sur le début même des accidents paralytiques, il n'a pas été possible d'avoir des détails. (En effet, la mère, au moment où nous avons pu la voir, était dans un état de fatigue, d'abattement et d'obnubilation extrêmes ; elle était elle-même au début d'une dothiénentérie dont elle mourut à l'hôpital quelques jours après.)

Après avoir reconnu l'étiologie éberthienne de la maladie, on pouvait se demander si, chez cet enfant, il ne s'agissait pas d'une *spondylite typhique* à prédominance de symptômes médullaires ; mais l'absence des signes qui avait permis d'écarter le diagnostic de tuberculose rachidienne nous a paru pouvoir écarter celui de typhospondylite.

Indépendamment de l'absence de points douloureux, le manque de raideur localisée à quelque degré que ce soit, avait une valeur négative évidente. « On le constate toujours à un degré plus ou moins accentué quand on la recherche systématiquement, même dans les cas où les symptômes radiculo-médullaires semblent constituer à eux seuls le tableau clinique (1). »

Enfin, en présence de troubles réflexes, trophiques et sphinctériens aussi marqués, l'absence de réaction albumineuse du liquide céphalo-rachidien autorisait à éliminer l'hypothèse de compression médullaire.

Telle est l'histoire du début de l'affection.

Le *pronostic*, au début, devait être des plus réservés, étant donnés la profondeur des lésions sphacéliques, leur mauvais aspect, et l'état de cachexie extrême du petit malade.

Grâce au matelas d'eau, à la répétition minutieuse des lavages à l'eau oxygénée, des pansements à la poudre de peroxyde de zinc, grâce surtout, nous paraît-il, au fait que l'enfant, profondément abattu, a toléré d'être couché nuit et jour tantôt à plat ventre, tantôt en position oblique antérieure alternativement droite et gauche, après huit jours, l'état des escarres était remarquablement amélioré ; en quinze jours, l'escarre sacrée était recouverte de bourgeons vivaces ; le 27 janvier, elle était cicatrisée ; après trois semaines, toutes les trois étaient virtuellement guéries.

(1) Weissenbach et Bonhoure. La spondylite typhique, *Gaz. des Hôp.*, 9 nov. 1912.

Pour les troubles sphinctériens, pendant près de huit jours l'incontinence d'urine persista, après quoi l'enfant recouvra la sensibilité vésicale et put réclamer le bassin. L'incontinence des matières persista cinq à six jours de plus. Le 30 janvier, l'enfant va normalement à la selle. Quant aux troubles moteurs et réflexes, ils ont peu à peu rétrocédé, la souplesse a été progressivement récupérée, les réflexes, étant plus longs à redevenir d'amplitude à peu près normale,

Vers la fin du mois de décembre, le petit malade exécute assez aisément des mouvements volontaires.

Le 6 janvier, il peut se tenir debout. Quelques jours après, il marche, les jambes écartées.

L'enfant est resté ensuite très longtemps dans le service, où sa convalescence s'est poursuivie sans encombre jusqu'au 28 février. A ce moment, il fait une angine pour laquelle il séjourne du 28 février au 4 mars à la salle Sevestre (pavillon de contagion.)

Il quitte le service définitivement guéri, le 30 mars, et présente à son départ tous les attributs de la santé et de l'entrain.

En particulier, l'examen pratiqué à ce moment montre, au point de vue du système nerveux, l'intégrité absolue de la sensibilité, l'absence du signe de Babinski, l'état normal des réflexes cutanés et tendineux, les réflexes rotuliens et achilléens étant un peu exagérés et ceux du côté droit étant plus marqués qu'à gauche. Il n'y a plus aucun trouble de la démarche. Les escarres sont parfaitement cicatrisées.

REVUE DE CHIRURGIE

La Rachianesthésie

L'anesthésie par injection intrarachidienne vient de faire l'objet, dans la *Gazette des Hôpitaux*, d'une importante revue générale de M. le Dr T. Gorse (de Lille).

Voici les conclusions de cet intéressant travail.

1° La rachianesthésie avec la cocaïne et la stovaïne doit être définitivement condamnée ; elle mérite au contraire d'être reprise en utilisant la novocaïne ;

2° Elle pourra être employée pour les opérations siégeant sur les membres inférieurs, le bassin et l'abdomen. Les opérations sur des régions plus élevées exigeraient soit une ponction haute (procédé de Jonnesco), rejetée à peu près unanimement par les chirurgiens, soit une trop grande quantité d'alcaloïde qui pourrait être nocive. La ponction et l'injection devront être faites exclusivement à la région lombaire ;

3° Elle sera surtout indiquée chez les sujets adultes et âgés ; chez les sujets très affaiblis, elle sera moins dangereuse que la narcose par inhalation, mais présentera néanmoins des dangers qui devront lui faire préférer l'anesthésie locale, chaque fois que celle-ci sera possible. Il faudra éviter de l'employer chez les gens trop émotifs, les enfants et les malades atteints d'affections du système nerveux ;

4° Elle rendra de grands services dans la chirurgie abdominale, en raison du « silence abdominal », qu'elle provoque ; grâce à lui, le chirurgien n'est pas gêné au cours de l'intervention par les anses grêles ;

5° La novocaïne n'a pas présenté jusqu'ici les graves accidents observés dans la rachianesthésie à la cocaïne et à la stovaïne ; les malades ont quelquefois des céphalées et des vomissements sans gravité ; il n'y a eu jusqu'ici, du fait de la novocaïne, ni décès, ni paralysies graves.

6° La rachinovocaïnisation paraît donc à l'heure actuelle pouvoir être recommandée, surtout pour les opérations abdominales ; peut-être trouvera-t-on encore un produit moins toxique, mais actuellement la novocaïne est le seul analgésique avec lequel la rachianesthésie puisse être recommandée.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Manœuvres abortives chez des femmes non enceintes

Le Dr Hans Hermann Schmid a récemment fait connaître deux cas intéressants de femmes victimes de manœuvres abortives tentées sur elles alors qu'elles n'étaient point enceintes, mais simplement atteintes de fibromes.

La première de ces patientes était une secondipare de 28 ans, admise à l'hôpital avec le diagnostic d'avortement menaçant et de péritonite. Les dernières règles remontaient à six semaines, alors que précédemment elles reparaissaient toutes les deux ou trois semaines. L'état général de cette patiente était fort grave ; la température s'élevait à 39°6, le pouls donnait 150 pulsations à la minute et il existait de l'albumine. Depuis deux jours, il s'écoulait un peu de sang par les voies génitales. Dans le col se sentait et se voyait un polype muqueux, sans tendance à la nécrose. Le corps utérin ne put être palpé en raison des douleurs et de la tension abdominales ; le cul-de-sac de Douglas était enfin très douloureux au toucher. On se hâta de faire une laparotomie : on trouva du pus libre dans le ventre ; la matrice avait le volume d'un utérus gravide de trois mois et présentait de dombreux nodules fibromateux ; les trompes étaient enflammées, mais ne contenaient pas de pus. Après un abondant lavage du ventre, on dut faire une entérostomie en raison de la dilatation des anses intestinales, auxquelles il était impossible de faire réintégrer l'abdomen. En regardant alors de nouveau l'utérus, on aperçut, à gauche du fond, une perforation de quelques millimètres par laquelle sortait du pus. Le diagnostic de tentative d'avortement était dès lors évident et, pour supprimer la cause de la péritonite, on fit une hystérectomie totale. Au point perforé était un myome en voie de nécrose ; mais, dans la cavité utérine, il n'y avait pas trace macroscopique ni microscopique de grossesse. Malgré un large drainage abdomino-vaginal, la patiente succomba le lendemain matin.

Le second cas concernait une nullipare de 34 ans, également amenée à l'hôpital avec le diagnostic d'avortement imminent. Elle était tombée brusquement malade deux jours auparavant et présentait depuis lors des phénomènes péritonéaux. Les dernières règles remontaient à dix semaines. Les symptômes généraux étaient moins graves que dans le cas précédent et il n'y avait pas d'hémorragie génitale. Le col était long, conique ; l'orifice externe légèrement cupulaire. Le corps utérin, difficile à palper, paraissait avoir le volume d'un utérus gravide de trois mois. Le cul-de-sac de Douglas était douloureux. Comme les phénomènes péritonéaux semblaient pourtant limités à la séreuse pelvienne, on jugea bon de patienter. Au bout d'une dizaine de jours, pendant lesquels l'état général s'était amélioré, apparurent des vomissements fécaloïdes ; depuis quelques jours, en effet, la patiente présentait une tendance à l'occlusion intestinale. On se hâta d'intervenir. La grande séreuse était indemne, mais dans le pelvis existaient des adhérences ; en les dissociant on y découvrit trois foyers purulents fétides. L'utérus contenait des nodules fibromateux ; la trompe droite renfermait du pus et adhérait à l'intestin ; la libération de ces adhérences amena rapidement l'issue de gaz et de selles diarrhéiques par l'anus. On terminait l'opération par un abondant lavage du péritoine, quand la patiente tomba subitement dans le collapsus et expira. A l'autopsie, un des nodules utérins myomateux se présenta avec une teinte grisâtre de mauvais aloi ; il n'existait pas trace de grossesse. On apprit, dans la suite, que la patiente s'était fait faire une injection intra-utérine par une sage-femme, injection qui avait été suivie aussitôt des accidents péritonéaux. Au point de vue clinique, il est intéressant de noter combien cette péritonite pelvienne, malgré des lésions extrêmement étendues, s'était montrée relativement bénigne.

REVUE D'OTO-RHINOLOGIE

Ozène guéri depuis sept ans par l'électrolyse cuprique

Par M. le Dr LAVRAND, de Lille.

Mlle Jeanne Mah... (de Tourcoing), couturière, âgée actuellement de vingt-sept ans, s'est présentée à notre examen fin janvier 1913 ; son observation nous a paru intéressante et digne de vous être relatée. Il s'agit d'un cas d'ozène guéri depuis plusieurs années, sans récidive, malgré une cessation complète de tout traitement depuis sept ans.

Cette question de l'ozène préoccupe à juste titre les malades et les médecins : une vaste enquête, d'ailleurs, est ouverte à son sujet, et nous-même, au Congrès Français de Mai 1909, avons exposé une pathogénie de l'ozène qui a retenu votre attention quelque temps comme en témoigne la discussion qui l'a suivie.

Voici les faits en quelques mots :

Observation. — Mlle Jeanne M... n'a jamais été sérieusement malade. Elle ne se rappelle qu'une anémie peu intense vers l'âge de treize ans, mais elle aurait duré deux ou trois années. A quinze ans, elle a souffert d'une entérite qui l'a obligée à garder le lit pendant six semaines, cependant la guérison a été complète après une convalescence de cinq à six semaines. Enfin, vers l'âge de treize ans, l'ozène a été constaté par l'entourage. A noter que jamais elle n'a éprouvé de gêne de la respiration nasale, et que, dans notre cas, on ne peut invoquer l'existence de ce symptôme auquel on a voulu, d'une façon peut-être exclusive, selon notre observation personnelle, déjà assez longue, faire jouer un rôle pathogénique important. Notons encore qu'il s'agit d'une jeune fille de bonne santé habituelle.

En 1902, quand nous voyons cette malade pour la première fois, elle avait seize ans. L'examen le plus minutieux ne nous révéla chez elle qu'un ozène, caractérisé par l'odeur infecte ordinaire, la présence des croûtes habituelles assez abondantes et une atrophie moyenne de la muqueuse et des cornets inférieurs. Pas de mauvais état général, pas de gêne respiratoire nasale. A signaler que L'ODEUR ÉTAIT PERÇUE par la malade elle-même : ce qui ne rentre pas dans la règle commune.

Cet ozène avait été remarqué vers l'âge de treize ans, soit trois années auparavant.

Il serait oiseux de discuter le diagnostic en face de ces symptômes, qui ne laissaient aucun doute.

Traitement banal, c'est-à-dire huile mentholée à 1 0/0 et irrigations détersives. Tant qu'elles étaient bien faites régulièrement, les symptômes désagréables disparaissaient pour revenir à la moindre négligence, selon la règle.

Au bout de quelques mois de ces soins nous avons eu recours à la médication recommandée alors par Cheval (de Bruxelles), l'électrolyse cuprique. L'électrode en cuivre était implantée dans la muqueuse nasale, de préférence dans le revêtement muqueux du cornet inférieur, tandis que la négative on indifférente s'appliquait au voisinage, sur la joue correspondante. Nous avons fait usage d'un courant de 6 à 10 milliampères. Toutes les semaines, pendant deux mois, une séance d'une dizaine de minutes. L'amélioration a été rapide : les croûtes, et parallèlement l'odeur, ont diminué. Les lavages n'ont plus été bi-quotidiens, mais de plus en plus espacés. Enfin, vers 1906, la malade a cessé tout à fait de se soigner, c'est-à-dire depuis sept ans.

Lors de notre examen, en janvier dernier, nous constatons une atrophie légère des cornets moyens et inférieurs ; pas de croûtes dans les fosses nasales ; à peine un peu de sécrétion crémeuse à droite, mais aucune odeur ; en outre, les personnes de son entourage n'ont plus senti l'odeur ancienne depuis cinq à six ans environ ; enfin, il y a sept à huit ans que la patiente ne mouche plus de croûte comme autrefois. A noter seulement, et très rarement, une odeur fade légère lors des époques menstruelles. L'entourage ne remarque plus actuellement d'odeur comme autrefois. L'examen au stylet ne révèle plus d'os à nu dans le méat moyen, et ne revient pas teinté de sang après avoir été promené dans la région ethmoïdale.

Nous n'avons donc plus constaté les phénomènes de la punaisie, du moins les symptômes de l'ozène en activité: croûtes, odeur et ostéite de la région ethmoïdale, ostéite que nous avons toujours rencontrée depuis cinq ou six ans que nous la cherchons systématiquement chez ces malades (1). Il ne reste qu'une atrophie moyenne des cornets inférieurs seuls vestiges ou reliquats de la maladie ancienne.

Nous estimons que la guérison est due à l'électrolyse, ajouterons-nous, cuprique ? Pour nous l'ozène est une NÉVRITE TROPHIQUE : c'est-à-dire troubles de sécrétions glandulaires, séjour et putréfaction des secreta, puis ostéite atrophiante sans séquestration, mais à marche très lente. Dans l'électrolyse cuprique, il se produit un dépôt d'oxychlorure de cuivre à l'anode ou pôle positif. Faut-il attribuer l'action bienfaisante du traitement au dépôt cuprique, où à l'action modificatrice du courant électrique ? Nous croyons devoir la guérison à l'influence heureuse de l'électricité sur la névrite de laquelle nous faisons dépendre l'ozène.

Cette conception rend bien compte des cas où l'ozène ne se borne pas aux fosses nasales, mais atteint le pharynx et la trachée.

Comme nous éprouvons une grande difficulté à soulager certains ozéneux, aucun moyen thérapeutique ne doit être rejeté et l'électrolyse cuprique reste un moyen simple, facile à employer.

Un mot au sujet de la pathogénie de l'ozène. Faut-il accuser un état général, lymphatisme, scrofule ou une infection ? Or, s'il est des patients souffrant d'ozène qui sont atteints de lymphatisme, de scrofule, de tuberculose, il est fréquent de rencontrer des ozéneux qui jouissent d'une bonne santé. Observe-t-on chez eux de la pâleur, un peu de faiblesse, il suffit de la pratique de quelques lavages détersifs pour voir disparaître ces symptômes, et le sujet offrir par ailleurs toutes les apparences d'un individu bien portant. S'il est des cas où l'on observe de l'insuffisance nasale, il en est d'autres, et très nombreux, où la respiration nasale s'accomplit normalement.

L'ANOSMIE apparaît très variable ; le plus souvent, le patient ne perçoit pas la punaisie qui offusque tant les voisins ; quelquefois, l'ozéneux a conscience de la fétidité nasale. Enfin, les ozéneux peuvent se comporter diversement au point de la perception des odeurs venant de l'extérieur, mais chez eux l'anosmie complète est très rare : quand ils mangent, ils apprécient parfaitement ce qu'ils ingèrent, au contraire des anosmiques vrais et complets.

L'atrophie de la muqueuse et de ses glandes et l'atrophie des cornets osseux inférieurs sont des troubles trophiques dans les conditions où ils se produisent, qui relèvent nécessairement d'une NÉVRITE, car ils revêtent une modalité et une évolution qui ne rappellent en rien les ostéites toxi-infectieuses, celle de la syphilis, par exemple.

(1) GILLOT. Thèse inaugurale. Lille.

On a invoqué, pour expliquer la fonte osseuse, les ACIDES formés par la putréfaction des sécrétions. Cet acide ou ces acides dissondraient le phosphate constitutif des os. Or, si cette théorie chimique trouvait ici son application nons devrions remarquer nne atrophie osseuse progressive et étendue à tous les os en contact avec les sécrétions en décomposition. L'observation des faits nous apprend que les cornets inférieurs, parfois les moyens, et nne portion des cellules ethmoïdales subissent des altérations raréfiantes, mais je n'ai jamais constaté d'atrophie osseuse de la cloison ni du plancher, ni de la branche montante du maxillaire, même chez des sujets atteints de punaisie depuis 20, 40 et 50 ans. La seule explication possible réside dans une névrite trophique affectant une localisation spéciale dont la cause productrice et limitatrice n'a pu encore être déterminée.

Le cas rapporté ci-dessus, me confirme dans cette manière de voir et m'encourage à revenir à l'électrolyse pour le traitement de l'ozène, dans le but de réveiller la vitalité des nerfs trophiques, c'est-à-dire pour combattre l'atrophie muqueuse, glandulaire et osseuse. Ce faisant, il me semble adopter une thérapeutique pathogénique. L'avenir dira si cette conception est féconde en résultat, car pour savoir si elle est l'expression de la vérité, il serait nécessaire de se livrer à des recherches difficiles, délicates par ellesmêmes et rares, car on ne meurt pas de l'ozène.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

La cocaïne contre le trachôme

Bien que le trachôme soit connn depuis longtemps et qu'il se soit développé épidémiquement au début du XIXe siècle, on ne sait rien de sa cause et tous les traitements qui lui sont opposés sont plus douloureux que le mal même. D'ailleurs ces traitements durent à peu près le temps que durerait l'évolution de la maladie non traitée, quelquefois des années.

Considérant l'avantage du repos de l'organe, M. le Dr J. Sabunin, de Salonique (Turquie) eut l'idée d'employer la cocaïne. Ce médicament ne s'est pas montré utile seulement par ses propriétés calmantes, mais il agit comme vasoconstricteur ; sous cette influence le gonflement de la conjonctive diminue et les symptômes inflammatoires disparaissent. Au bout de dix à quinze jours on remarque la résorption des noyaux trachômateux et au bout d'un mois ou deux la guérison est complète.

M. Sabunin dit avoir soigné plus de 1.000 trachômateux en l'espace de deux ans et demi par une instillation journalière de cinq à dix gouttes d'une solution à 2 ou 5 0/0 de cocaïne, à l'exclusion de tout autre traitement.

REVUE THÉRAPEUTIQUE

Conduite à tenir en cas de déglutition de liquides caustiques

Les liquides caustiques déglutis (soude caustique, acide sulfurique) peuvent être immédiatement expulsés par une contraction du cardia et éviter de pénétrer dans l'estomac. Il en résulte des lésions de l'œsophage, mais l'estomac reste indemne ; le plus souvent le liquide s'écoule en partie dans l'estomac, le pylore se contracte ; le liquide s'accumule en amont du pylore, dans l'antre prépylorique et là se produisent des ulcérations, des perforations ou simplement des lésions de gastrite grave qui aboutissent à la rétraction cicatricielle de l'estomac, à la sténose du pylore, etc.

Chez 25 pour 100 des sujets, l'œsophage reste indemne, l'estomac seul est lésé.

Dans 25 pour 100 des cas, l'œsophage est seul atteint; l'estomac reste indemne, et dans 50 pour 100 *des cas il y a à la fois lésion de l'œsophage et de l'estomac.*

Quelles sont les conséquences de la déglutition d'un liquide caustique? Si la quantité absorbée est abondante, il en résulte des escarres, des perforations de l'œsophage ou de l'estomac avec péritonite, on des accidents toxiques qui emportent le malade en quelques heures.

Si la quantité de liquide n'est pas trop abondante, il en résulte des lésions purement locales du côté des parois gastriques et œsophagiennes ; suivant que ces lésions sont plus ou moins profondes, il en résultera soit des phénomènes de sténose qui apparaîtront au bout de quinze jours ou trois semaines, soit des lésions encore moins profondes et moins rapides qui ne surviendront qu'au bout de quelques mois ou même quelques années. Que faire dans les cas semblables?

Premier cas (Type foudroyant). — La quantité de liquide dégluție a été abondante ; rien à faire, sauf faire absorber au malade un liquide neutralisant et relever ses forces avec la caféine et le sérum. Il s'agit d'un empoisonnement banal qui aboutira à la mort en quelques heures. Le sujet se plaint de douleurs vives à la gorge et au creux épigastrique ; un spasme pharyngé empêche le lavage d'estomac. Le sujet s'affaiblit progressivement et tombe dans le collapsus avec respiration stertoreuse. Le ventre est tendu, sensible ; le pouls petit, rapide ; les urines supprimées ; dans quelques cas, la mort peut survenir un peu plus tard ; elle est due alors à la perforation de l'estomac et à la péritonite.

Deuxième cas (Type rapide). — Après les symptômes aigus du début : douleurs, collapsus, etc., on voit, au bout de deux ou trois jours, les accidents se calmer ; les liquides peuvent être déglutis et le sujet reprendre l'espoir ; mais, au bout de quinze jours ou trois semaines, l'intolérance gastrique ou œsophagienne se montre. Dans un cas semblable, il n'y a pas de traitement médical ; il est même indiqué de ne pas attendre cette intolérance de l'estomac ou de l'œsophage ; il faut, dès le début, pratiquer une laparotomie sus-ombilicale. Si l'estomac n'est pas rétracté, faire une gastrostomie, de façon à mettre au repos l'œsophage et l'estomac. Si l'estomac est rétracté on épaissi, chercher le jéjunum et faire une jéjunostomie. Cette mise au repos de l'estomac et de l'œsophage évitera, retardera, reculera les accidents définitifs.

Troisième cas (Type à évolution lente). — Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois ou plusieurs années que le malade commence à présenter un rétrécissement de l'œsophage ou du pylore. L'examen aux rayons X montre le siège du rétrécissement et l'état des parois gastriques. Que faire dans les cas semblables? Le diagnostic étant posé, il s'agit d'un rétrécissement de l'œsophage, on fait une *gastrostomie*, puis on dilate progressivement l'œsophage avec ou sans œsophagoscope. Si l'œsophage est indemne et si la lésion est limitée à l'estomac, on pratique une *laparotomie* et on examine l'estomac. S'il est rétracté, épaissi en *boudin*, il faut faire une *jéjunostomie* ; si la sténose siège uniquement dans le voisinage du pylore, on pratiquera une *gastro-entérostomie*.

En résumé, après la déglutition d'un liquide caustique, il faut faire absorber au sujet une substance neutralisante, tâcher de laver l'estomac, relever ses forces par des injections de sérum et de caféine. Dès que le collapsus a disparu, il faut pratiquer une laparotomie et exécuter, séance tenante, soit une gastrostomie si l'œsophage est seul atteint, soit une jéjunostomie si l'estomac a été lésé. Ne pas attendre que les accidents aigus aient évolué, ni que l'intolérance gastrique on œsophagienne ait commencé à apparaître. Le meilleur moyen d'éviter le rétrécissement gastrique on œsophagien, c'est de mettre l'organe au repos pendant toute la cicatrisation par nne *stomie* quelconque.

REVUE DE PHARMACOLOGIE

La Liqueur ammoniacale anisée

Par le Docteur M. PERRIN

La liqueur ammoniacale anisée ou esprit ammoniacal anisé, ou alcoolé d'ammoniaque anisé, existe depuis fort longtemps dans la Pharmacopée allemande, à laquelle les Maîtres de l'ancienne Faculté de Strasbourg l'ont empruntée.

Cette origine explique l'emploi fréquent de la liqueur ammoniacale anisée par les médecins de l'Est de la France et l'ignorance que professent à son endroit les autres praticiens. Elle explique aussi pourquoi la Faculté de Nancy (1) a demandé son inscription au nouveau Codex, et pourquoi le Codex de 1908 n'en fait aucune mention (pas plus d'ailleurs que de la trinitrine et de quelques autres produits très employés).

La liqueur ammoniacale anisée a la composition suivante :

Alcool à 90° : 24 parties (vingt-quatre).
Essence d'anis : 1 partie (une.)
Ammoniaque : 6 parties (six).

Cette formule est celle de la pharmacopée allemande, usitée dans les cliniques françaises de Strasbourg et de Nancy. Elle est mentionnée dans la nouvelle édition de Dorvault.

On en trouve dans divers formulaires des variantes sans intérêt, mais qu'il serait préférable de supprimer.

Quel effet peut-on attendre de l'emploi de la liqueur ammoniacale anisée ? A Nancy, on l'emploie surtout comme expectorant dans les bronchites, à la dose ordinaire de 1 gr. 50 dans une potion gommeuse de 150 cc. conformément à la pratique de nos maîtres Bernheim, Spillmann, Schmitt, etc...; nous verrons que cette dose peut être facilement dépassée, sans aucun inconvénient.

Elle peut aussi être employée dans tous les cas où il y a intérêt à favoriser l'expectoration, à aider à la maturation d'une inflammation bronchique et à stimuler quelque peu le malade. Mais j'estime trop prétentieux son usage, récemment préconisé dans un périodique, contre l'asthénie cardiaque grave ! Dans la proportion de 1 pour 100 de julep gommeux, la préparation est très agréable au goût. Pour les enfants, on la mélange souvent au sirop de tolu ; cette association peut avoir sa raison d'être, mais la saveur est moins agréable.

L'alcool n'y joue qu'un rôle très accessoire, aux doses usuelles : l'*ammoniaque* y intervient comme stimulant diffusible, antispasmodique et diaphorétique, et l'*anis* y apporte ses propriétés excitantes.

Une notion intéressante est *le nombre de gouttes* que représente 1 gramme de liqueur ammoniacale anisée. L'alcool à 90° donne LXI gouttes au gramme, l'ammoniaque XXV et l'essence d'anis (que le Codex appelle huile volatile d'anis) XLII gouttes. Leur mélange dans les proportions indiquées donne un peu plus de quarante-neuf gouttes, soit pratiquement *cinquante gouttes au gramme* (2). Ce chiffre est à retenir, en cas de prescription par gouttes, mode qui est parfois avantageux et commode pour les

(1) Rapport du regretté Professeur Schmitt sur *Les Modifications à introduire dans le nouveau Codex en préparation*, 1897.

(2) Souvent la mauvaise structure des flacons comptegouttes, qui débitent des gouttes trop grosses, corrige avantageusement l'erreur des prescriptions trop faibles, mais on ne doit pas compter sur cette correction involontaire.

malades (emploi prolongé ou intermittent, emploi chez les diabétiques, etc.)

Certains médecins redoutent l'emploi de doses supérieures à 2 grammes chez l'adulte et proscrivent l'emploi chez les petits enfants. *Ces craintes sont sans fondement.*

L'alcool qui constitue un peu plus des trois quarts de la liqueur ammoniacale anisée n'est pas le principe qui peut nous gêner pour élever les doses.

L'ammoniaque et l'anis ne figurent pas dans la liste des produits que le Codex indique comme toxiques ou dangereux, bien que l'anis à très haute dose puisse avoir une action convulsivante.

La solution d'ammoniaque (D = 0,925) est indiquée dans les formulaires comme se prescrivant à la dose de V à XX gouttes, en dilution étendue, mais on connaît de nombreuses formules qui en font absorber 1 gramme (XXV gouttes) par heure, et maints ivrognes en ont absorbé des doses plus considérables pour dissiper les fumées de l'alcool. La seule précaution nécessaire est l'emploi d'une dilution très étendue pour éviter sûrement tous les effets corrosifs.

Quant à l'essence d'anis (ou huile volatile d'anis), si le chiffre de X gouttes (soit 0 gr. 25 environ) est le maximum classique, ce qui équivaut d'ailleurs à 7 grammes de liqueur ammoniacale anisée, on peut en absorber beaucoup plus. N'oublions pas, en effet, que de nombreuses liqueurs (anisette, chartreuse, etc.), contiennent au moins 1 gramme d'essence d'anis par litre, si bien qu'un petit verre en contient 0 gr. 03 ou 0 gr. 04, soit l'équivalent de 1 gramme de liqueur ammoniacale anisée, et bien des gens ne se gênent pas pour avaler plusieurs petits verres.

Donc il n'y a aucune inquiétude à avoir quant à l'emploi de doses élevées, et je connais plusieurs exemples de malades ayant pris, soit volontairement, soit par erreur huit ou dix grammes de liqueur ammoniacale anisée en l'espace de quelques heures sans le moindre inconvénient, sinon un peu de brûlure du pharynx quand la potion ou la dilution n'était pas suffisamment étendue.

Aux petits enfants, on peut donner *très tôt* la liqueur ammoniacale anisée. Des nouveau-nés en ont très bien supporté quelques gouttes. M. S. Remy a souvent prescrit 0 gr. 25 à des nourrissons de six ou huit semaines.

Je pense qu'il n'y aurait pas d'inconvénient à l'employer très largement, à condition de fractionner les doses.

En résumé, on peut prescrire plusieurs grammes par jour chez l'adulte, soit par doses de X à XX gouttes dans de l'eau pure ou sucrée, doses répétées *ad libitum*, soit en une potion gommeuse dans la proportion de 1 gramme pour 100 environ qui est agréable au goût. Il ne faut pas craindre d'en prescrire des doses efficaces aux enfants, même petits, en fractionnant les prises.

M. Remy a vu un malade absorber 10 grammes de liqueur ammoniacale sans aucun incident. Chez les petits enfants de six semaines à trois mois, atteints de bronchite capillaire, il la prescrit à la dose de 0 gr. 25. (1)

REVUE DE LABORATOIRE

Sur un mode de précipitation de l'acide urique

Comme suite à ses travaux publiés en 1886 sur le mode de production dans l'économie des concrétions cristallisées ou non (calculs biliaires, urinaires, salinaires, etc.) M. Galippe vient d'exposer à l'Académie de Médecine des recherches restées inédites sur la présence de microrganismes dans les cristaux d'acide urique déposés par l'urine dans les conditions habituelles.

La détermination de ces microrganismes par l'examen microscopique direct est assez difficile et, pour les mettre en évidence, il est nécessaire de recourir à divers artifices. Le procédé de choix est l'ensemencement des cristaux dans les bouillons de culture.

Les microrganismes contenus dans les cristaux d'acide urique n'y sont en effet point renfermés accidentellement, mais ont été les agents de phénomènes chimiques ayant provoqué la précipitation de ces cristaux. Si on ensemence, en effet, ces microrganismes dans une urine normale, ceux-ci déterminent la précipitation rapide et considérable de cristaux d'acide urique, tandis que dans l'urine témoin cette précipitation se fait lentement et en petite quantité.

Les cristaux d'acide urique obtenus par l'addition à l'urine de 1 0/0 d'acide chlorydrique n'ont point permis de déceler dans ceux-ci la présence de microrganismes.

(1) *Soc. de méd. de Nancy.*

REVUE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

La Tuberculose des Carnivores domestiques

D'après M. Cadiot, professeur à l'Ecole d'Alfort, la tuberculose des chiens est presque toujours d'origine humaine ; elle s'observe surtout parmi les animaux appartenant à des personnes atteintes de phtisie pulmonaire ou séjournant en des locaux infectés par elles. Pour la région parisienne, comme dans toutes les grandes agglomérations, la morbidité clinique de la tuberculose chez le chien, est de 3 à 4 pour 100, environ trois plus forte que chez le chat, et au moins cinq cents fois plus que chez le cheval.

Ainsi qu'il l'a reconnu dès le début de ses recherches, la tuberculose est extrêmement commune sur les chiens qui vivent dans certains établissements publics : débits, cafés, restaurants mal tenus, où le sol est d'ordinaire souillé de crachats bacillaires, constatation portant à penser que l'homme lui-même doit être également exposé, en ces lieux, à la contamination tuberculeuse.

Sans aucun doute, le chien qui reçoit très généralement de l'homme l'infection tuberculeuse, peut la lui rendre dès qu'il est porteur de lésions ouvertes. Mais c'est là une éventualité dont il convient de n'exagérer ni la fréquence, ni les risques. Elle n'est pas aussi inquiétante qu'on l'a dit. Il importe seulement d'en être averti. Encore que la tuberculose canine soit assez répandue, le danger de la transmission aux personnes est en réalité rare, infime, presque négligeable, au regard de celui de la contagion interhumaine.

REVUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

L'évaluation de la valeur respective des doigts de la main

Voici comment M. Léon Bernard, de Lyon, estime les chiffres correspondant aux pertes de valeur physique subies par les victimes d'accidents de travail :

— Les écarts considérables d'appréciation qu'ils comportent dépendent, avant tout, du métier du blessé ; les différences d'estimation seront énormes suivant qu'il s'agira d'un dactylographe, d'un ciseleur ou, au contraire, d'un manœuvre réduit aux grossières besognes.

A la main droite, la perte du *pouce* entier provoque une incapacité permanente de 15 a 25 0/0, la perte d'une phalange de ce doigt, de 6 à 10 0/0.

La perte de l'index droit tout entier vaut de 10 à 15 0/0 ; la perte de deux phalanges, 8 à 12 0/0 ; la perte de la seule phalangette, 5 à 12 0/0 suivant qu'il y a ou non ankylose des articulations restantes ;

La perte du *médius* droit vaut de 9 à 12 0/0 ; celle de la phalangette de 5 à 9 0/0 ; suivant l'état des articulations restantes.

L'annulaire droit vaut de 8 à 12 0/0, la phalangette 3 à 5 0/0, suivant l'état des articulations restantes

L'annulaire gauche vaut de 7 à 10 0/0, la phalangette 6 0/0 suivant la profession et l'état des articulations restantes.

La *main gauche* a la même valeur que la main droite chez les individus qui en font un usage aussi courant ; chez les droitiers, toutes choses égales d'ailleurs, le taux de l'incapacité est réduit pour elle à 1 à 5 0/0.

CARNET DU PRATICIEN

Insomnie des névropathes

1° Hygiène générale très surveillée ; promenade après le repas du soir ; pas de spectacle provoquant des émotions trop vives ; coucher relativement tardif.

2° Vers 18 heures, ou si possible, quatre heures après le souper (soit vers 23 heures), un grand bain chaud (37°), prolongé (35 à 40 minutes), dans l'eau duquel on versera deux litres d'infusion chaude concentrée faite avec 300 grammes de tilleul mondé.

3° Au moment du coucher, une tasse à thé d'infusion froide de tilleul sucrée avec deux cuillerées à soupe du mélange :

Sirop de lactucarium	90 cmc.
Sirop de fleurs d'oranger	30 —

Ou :

Valérianate d'ammoniaque	2 grammes
Extrait de valeriane	3 —
Sirop de menthe	90 cmc.
Eau distillée de menthe	160 —

Une ou deux cuillerées à soupe dans un peu d'eau :

Ou encore :

Paraldéhyde cristallisable	6 grammes
Sirop de laurier-cerise	60 —
Teinture de vanille	X gouttes
Eau distillée	210 cm.

Prendre le tiers de cette potion en se couchant ; si nécessaire, un deuxième tiers dans la nuit.

Pommades contre le chalazion.

1° Iodure de plomb	0 gr. 25
Axonge	4 gr.
Camphre	0 gr. 25

En onctions-massages le soir, sur la paupi[ère] pendant 4 ou 5 minutes.

2° Iode pur	0 gr. 20
K. I.	0 gr. 60
Vaseline liquide	0 gr. 80
Eau distillée	0 gr. 80

Même emploi.

Stimulant dans la faiblesse cardiaque chronique.

Donner par cuillerées à café la potion suivante :

Teinture de digitale	0 gr. 30
Carbonate de soude	0 gr. 60
— de potasse	0 gr. 30
Iodure de sodium	0 gr. 15
Teinture de cardamone comp.	15 gr.
Eau de cannelle	30 gr.

(WETHEREL)

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires
Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau
L'Administrateur-Gérant : O. ZANTE

CHEMINS DE FER DU NORD

Services rapides entre Paris, l'Angleterre, la Belgique, la Hollande, l'Allemagne, la Russie, le Danemark, la Suède et la Norvège.

Cinq services rapides entre Paris et Londres. Trajet en 6 h. 45, traversée maritime en 1 heure. — Départ de Paris-Nord : 8 h. 25, 9 h. 50 matin, midi, 2 h. 30, 4 heures, 9 h. 20 soir. Départ de Londres : 9 heures, 10 heures, 11 heures matin, 2 h. 20 et 9 heures soir.

Six express sur Bruxelles. Trajet : 3 h. 55. — Départ de Paris-Nord : 7 heures, 8 h. 10 matin, midi 35, 4 h. 50, 7 h. 10 et 11 h. 15 soir. Départ de Bruxelles : 8 h. 21, 8 h. 57 matin, 1 h. 01, 6 h. 03, 6 h. 15 soir et minuit 07.

Trois express sur La Haye et Amsterdam. Trajet : La Haye 7 h. 1/2, Amsterdam 8 h. 1/2. — Départ de Paris-Nord : 8 h. 10 matin, midi 35 et 11 h. 15 soir. Départ d'Amsterdam : 8 h. 40 matin, 1 h. 42 et 8 heures soir. Départ de La Haye : 9 h. 36 matin, 2 h. 37 et 8 h. 57 soir.

Cinq express sur Francfort-sur-le-Mein. Trajet 12 heures. — Départ de Paris-Nord : 7 h. 50 matin, 1 h. 45, 6 h. 20, 10 heures et 11 h. 15 soir. Départ de Francfort : 10 h. 01 matin, 6 h. 10 soir, 1 h. 02 (luxe) et 1 h. 20 matin.

Cinq express sur Cologne. Trajet : 7 h. 29. — Départ de Paris-Nord : 7 h. 50 matin, 1 h. 45, 6 h. 20, 10 heures et 11 h. 15 soir. Départ de Cologne : 4 h. 41, 7 h. 56, 9 h. 10 matin, 3 h. 12, 4 h. 19 et 10 h. 45 soir.

Quatre express sur Hambourg. Trajet : 15 h. 19. — Départ de Paris-Nord : 7 h. 50 matin, 1 h. 45, 6 h. 20 et 11 h. 15 soir. Départ de Hambourg : 7 h. 39 matin, 2 h. 44 et 11 h. 14 soir.

Cinq express sur Berlin. Trajet : 15 h. 31. — Départ de Paris-Nord : 7 h. 50 matin, 1 h. 45, 6 h. 20, 10 heures et 11 h. 15 soir, Départ de Berlin : 8 heures matin, 1 heure, 9 h. 41 soir et minuit 18.

Deux express sur Saint Péterbourg. Trajet : 50 heures, par le Nord-Express : bi-hebd. 45 heures, — Départ de Paris-Nord : 1 h. 45, 10 heures et 11 h. 15 soir. Départ de Saint-Pétersbourg : midi 45 et 11 h. 15 soir.

Deux express sur Copenhague, Stockholm et Christiania, Trajet Copenhague : 26 heures; Stockholm : 43 heures; Christiania : 49 heures. — Départ de Paris-Nord : 1 h. 45, 10 heures ou 11 h. 15 soir. Départ de Stockholm : 10 h. 27 matin et 8 h. 30 soir. Départ de Copenhague : midi 45 et minuit. Départ de Christiania 7 h. 34 matin et 5 h. 45 soir.

VARIÉTÉS

Développement et accroissement des villes envisagés au point de vue de l'hygiène

M. le Dr Gabalda, vient de publier sous le titre : *Les plans d'aménagement et d'extension des villes*, un travail d'un très grand intérêt au point de vue de l'hygiène, dans lequel il montre l'importance qu'il y aurait pour les villes à prendre des mesures pour que dans la zone d'expansion future, les nouveaux quartiers présentent non seulement le maximum de commodité et de salubrité, mais encore une certaine harmonie.

Sur ce point, les pays étrangers nous ont devancés depuis longtemps. Ils nous ont montré qu'il existait, en dehors de simples opérations de voirie, des règles applicables au développement et à l'embellissement des centres urbains. Il s'agit là d'une science nouvelle qui a ses principes et ses spécialistes : la science de la construction des villes (*Städtebau* des Allemands, *Town Planning* des Anglais).

Le travail de M. Gabalda est plein de renseignements intéressants sur la question des espaces libres, des cités et jardins, etc.

Le document suivant montre à quel point certaines villes se sont transformées et à quel degré d'encombrement on est arrivé en certains points.

L'agglomération, au fur et à mesure qu'elle se resserre, produit l'encombrement qui, au point de vue hygiénique, est le caractère dominant du milieu urbain. Le degré de cet encombrement peut être fixé dans une ville en évaluant la densité de sa population.

Comme point de comparaison, Paris en 1909, recouvrait une étendue de 7.936 hectares pour une population de 2.722.731, soit une densité de 343 habitants à l'hectare.

	Hectares	Habitants	Densité moy.
Londres	30.523	4.833.938	158
Berlin	6.325	2.110.451	334
Vienne	17.812	2.042.424	115
New-York	76.347	4.564.792	60
Saint-Pétersbourg	10.000	1.573.000	157
Madrid	6.376	595.586	157
Rome	15.711	586.473	93
Buenos-Ayres	18.584	1.231.698	66
Tokio	11.760	1.630.079	139
Bruxelles	1.070	196.569	184
Chicago	58.153	2.224.490	38
En 1911 :			
Lyon	4.470	523.796	111
Marseille	22.818	550.619	24

Si l'on envisage de plus près le mouvement d'accroissement des grandes villes, on voit qu'il s'est progressivement élevé surtout depuis le début du siècle dernier.

A Paris, l'accroissement, en dix ans, de 1886 à 1896 a été de 7,10 pour 100.

A Berlin	pend. une pér. égale,	37 pour 100
A Londres	—	18 —
A St-Pétersh.	—	15 —
A New-York	—	33 —
A Chicago	—	106,5 —

L'accroissement est surtout marqué dans les villes allemandes.

En un tiers de siècle, la population de Berlin a augmenté de 1.214.000 habitants, soit de 146 pour 100. Aucune autre capitale ne présente un accroissement aussi rapide.

Dans une période de dix ans, de 1900 à 1910, les villes suivantes ont gagné :

Hambourg	226.340 habitants
Essen	175.767 —
Dresde	150.736 —
Dusseldorf	145.022 —
Cologne	143.638 —
Francfort	125.609 —
Charlottenburg	115.876 —

En France, de 1800 à 1896, l'accroissement a été :

Pour Lyon	400 pour 100
— Nice	490 —
— Saint-Etienne	830 —
— Roubaix	1.400 —

La ville de Roubaix a présenté l'accroissement le plus considérable de toutes les villes de France.

ÉCHOS

A la mémoire du Dr Cazalis.

On vient d'élever un monument à la mémoire de notre ami le Dr Cazalis, d'Aix-les-Bains, le grand poète Jean Lahor.

M. Rocheblave est venu saluer le poète désenchanté de l'*Illusion* et lui prouver qu'au moins tout n'est pas illusion ici-bas : il reste encore la fidélité du souvenir.

Après M. Rocheblave, un ami de jeunesse de Jean Lahor, M. Augé de Lassus, a rappelé les traits de cette figure touchante. L'un était un enfant, l'autre à peine un jeune homme quand ils s'étaient rencontrés devant les draps blancs d'un hôpital : le docteur Henry Cazalis s'attardait à l'étude de la souffrance humaine ; il entreprenait la tâche très noble, mais combien incertaine, de guérir, du moins de consoler et d'apaiser. Jean Lahor était un t iste mais aussi un tendre, un cœur généreux et pitoyable, confident ému des douleurs qui s'épanchaient dans son âme et dont il magnifiait la grandeur.

A son tour, M. Frédéric Masson, président du comité, s'est levé. Dans un discours énergique, il a rappelé la candidature infructueuse de Jean Lahor à l'Académie française, et sa propre intervention en faveur du grand poète méconnu des hommes qui succédaient aux Parnassiens disparus. M. Frédéric Masson a analysé avec enthousiasme le talent profondément original du poète auquel on rendait aujourd'hui un pieux et discret hommage. Il a dégagé la personnalité de cette âme intelligente et curieuse, mais inquiète et altérée de perfection.

« Peu de poètes de ce temps en ont en plus et de « plus fervents lecteurs, a dit M. Frédéric Masson Le « poète des *Chants de l'amour et de la mort*, le « poète des *Heures sombres*, le poète des *Chants pan-* « *théistes* et des *Vers stoïciens*, n'est pas seulement « un savant et loyal poète français, il est un philosophe, « d'une sereine et magnifique élévation. Cette philo- « sophie est si bien adaptée à cette poésie, elle s'y unit « si étroitement qu'on ne saurait disjoindre ces deux « éléments qui s'accordent pour lutter ensemble de « profondeur, de beautés et de rêves.

« Quelle preuve meilleure que ce volume : *En* « *Orient*, où il a rassemblé, avec une version du « *Cantique des cantiques* les *Quatrains d'Al* « *Ghazali*, et les *Quatrains d'Omer Kheyam* ? Ce « que, dans ces poèmes de quatre vers il a enfermé « d'images, de notations ; ce qu'il a transposé en for- « mules orientales de sensations, d'impressions et de « sentiments d'un Français contemporain ; ce qu'il a « montré d'études, d'intelligence, de goût, de con- « naissance de littératures de l'Orient est pour pro- « voquer et retenir l'admiration de tous les lettres « M. Cazalis est un grand érudit ; il sait sa langue, « comme la savaient les poètes autrefois, comme la « savaient Leconte de Lisle et Heredia ; il en sait « toutes les ressources, les finesses et les tours ; il « sait toutes les acceptations des mots et toutes les « façons où ils s'enchâssent. »

Et l'éminent académicien a conclu en ces termes :

« Tant que des Français aimeront réciter dans leur « parler natal des vers harmonieux et pleins où tres- « saillent des idées sublimes ; tant que leurs doutes « et leurs incroyances chercheront dans une philo- « sophie ingénieuse les raisons de tromper leurs dé- « sespoirs, il se trouvera des êtres qui mettront au « premier rang dans leurs préférences les œuvres de « ce poète dont les vers honorèrent l'esprit humain « en même temps que sa vie, toute de dévouement, « d'intégrité, d'amour, honorait l'espèce humaine. »

Le discours de M. Frédéric Masson a été très applaudi.

Cinquième réunion sanitaire provinciale (3, 4 et 5 novembre 1913).

La « Société de médecine publique et de génie sanitaire » organise, cette année comme les années précédentes, une réunion sanitaire provinciale.

Cette réunion sanitaire provinciale se tiendra à Paris dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, le lundi 3, mardi 4, et mercredi 5 novembre 1913.

Le programme de cette réunion a été arrêté ainsi qu'il suit :

Lundi matin, 3 novembre : Allocution de M. le président d'honneur, discours du président de la Société, rapport du secrétaire général. Exposé de la question de l'épuration biologique des eaux d'égoût sur sol naturel ou sur sol artificiel. — Rapport de M. Vincey, directeur des services agricoles du département de la Seine.

Rapport de M. Lœvy, ingénieur des ponts et chaussées, ingénieur de l'assainissement de la Seine à la Ville de Paris.

Lundi après-midi 3 novembre : Visite du musée d'hygiène de la Ville de Paris. Conférence avec démonstrations pratiques sur le contrôle technique de la désinfection par M. Edmond Bonjean, chef de laboratoire et membre du conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Mardi matin, 4 novembre : Organisation de la lutte contre la tuberculose par les bureaux d'hygiène et l'inspection départementale ; premier rapporteur : M. Guillemin, directeur du bureau d'hygiène de la Rochelle (Charente-Inférieure). Deuxième rapporteur : M. Paquet, inspecteur départemental de l'Oise. L'uniformisation des comptes-rendus des bureaux d'hygiène, rapporteur M. Loir, directeur du bureau municipal d'hygiène du Havre (Seine-Inférieure). Comment doit se calculer la mortalité des enfants du premier âge, (enfants protégés, enfants assistés, etc.) Conférence de M. Jacques Bertillon, chef des travaux statistiques de la Ville de Paris.

Mardi après-midi, 4 novembre : Les résultats de l'application de la loi de 1902, par les bureaux d'hygiène, rapport de M. Gautrez, directeur du bureau municipal d'hygiène de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).

Mercredi matin, 5 novembre : les procédés employés pour déterminer les qualités nutritives et hygiéniques du lait ; rapport de M. Bordas, professeur suppléant au Collège de France.

Mercredi après-midi, 5 novembre : premier groupe d'excursion : — Visite aux champs d'épuration terrienne et aux installations d'épuration sur lits artificiels de la Ville de Paris. Deuxième groupe d'excursion. — Visite des immeubles d'une société d'habitation à bon marché. Troisième groupe d'excursion pouvant être réuni au deuxième, mais non pas au premier à cause de l'horaire. — Visite de la station de désinfection de la rue des Récollets, de la Ville de Paris.

Outre ces questions plus spécialement étudiées et mises en discussion, la Société de médecine publique et de génie sanitaire accueillera les communications relatives à l'organisation et au fonctionnement des bureaux municipaux d'hygiène et, en général, de tous les services d'hygiène humaine ou d'hygiène vétérinaire.

Les rapports, discussions et communications seront, conformément aux règlement de la Société, imprimés s'il y a lieu, dans la *Revue d'hygiène et de Police sanitaire*, son organe officiel.

Pour être imprimés, les rapports ne devront pas avoir plus d'une feuille (16 pages) et les communications plus de 4 pages. Pour le bon ordre des séances il ne pourra être accordé plus de 10 minutes à chaque communication faite en séance. Les rapports, pour faciliter la discussion, seront envoyés par avance en tirage à part, aux adhérents à la Réunion sanitaire provinciale.

Les adhésions à la Réunion sanitaire provinciale ainsi que les demandes de communications seront reçues jusqu'au 1er août dernier délai : elles doivent être adressées à M. le Couppey De La Forest, secrétaire général, 142, boulevard Montparnasse, Paris (VIe).

L'inscription est gratuite.

La mortalité infantile en Belgique.

En certaines régions de Belgique, la mortalité des nourrissons est considérable. Les nouveau-nés nous apprend l'*Etoile Belge*, y sont en effet les victimes de l'ignorance générale de toutes les notions les plus élémentaires de l'hygiène.

« On sait que le Limbourg est une des provinces où la natalité est la plus forte. Hélas ! c'est aussi celle, sans doute, où la mortalité infantile est la plus élevée. La moitié des enfants y meurent avant d'avoir atteint 3 ans, et l'on cite une grosse commune du canton de Maeseyck où il y a eu, en janvier dernier, 12 nouveau-nés sur 18 qui sont morts faute de soins ! C'est surtout en Campine que le mal sévit, et c'est l'ignorance qui en est la grande cause. On ne peut jamais y visiter les cimetières sans y voir plusieurs tombes minuscules couvertes de couronnes et de fleurs toutes fraîches. Mais aussi les mères y ignorent totalement les règles les plus élémentaires d'hygiène, aussi bien pour elles que pour leurs enfants. Les bains, par exemple, y sont absolument inconnus. Il n'y a, d'ailleurs, chose à noter, aucun établissement de bains dans toute la province ! Les pauvres petits meurent surtout de convulsions, de refroidissements et de nourriture mauvaise ou trop abondante.


AUTOMOBILES
DELAUNAY BELLEVILLE
PARIS
42. Champs-Elysées
NICE · BIARRITZ


GYRALDOSE

84e Année (Série XIIIe) — N° 216 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 24 Septembre 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Édition Espagnole.... 10 fr.
Édition Portugaise,,, 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 24 Septembre 1913

A nos Collaborateurs

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la *Gazette Médicale de Paris*, sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs, mettra désormais, à leur disposition, un tirage à part à 50 exemplaires, de leurs articles inédits qu'elle aura publiés.

ÉCHOS

Ceux qui s'en vont.

Nous apprenons avec regret la mort, à 72 ans, d'un excellent et vieil ami de la *Gazette*, le Dr Fredet, médecin à Royat. Le Dr Fredet avait l'estime de tous ses confrères. Il sera regretté de tous.

Conférence des avocats.

La Conférence des avocats à la Cour d'appel de Paris a discuté dernièrement les deux questions suivantes pour lesquelles elle a adopté la négative : « Le médecin peut-il être déclaré responsable du préjudice causé en état d'hypnose par le sujet qui s'est spontanément prêté à ses expériences ? » — « Le thaumaturge qui fait appel à l'intervention de puissances surnaturelles dans le but de guérir commet-il le délit d'exercice illégal de la médecine ? »

Une école « eugénique » aux Etats-Unis.

L'« Eugénique » fleurit particulièrement aux Etats-Unis, où un groupe de pédagogues a entrepris de former, par une éducation parfaite, des femmes exemplaires. Il existait déjà, à l'Université de Harvard, une école maternelle où les enfants étaient élevés suivant les principes scientifiques. Le célèbre collège de Brynn-Mawr, en Pensylvanie, vient d'ouvrir une école de filles qui a pour but, s'il faut en croire ses annonces, de créer la « surfemme américaine ». Vingt jeunes filles, entre onze et douze ans, seront choisies aussi belles et aussi saines que possible. Elles passeront sept ans dans cette école, dont les classes sont construites en bois et en verre, avec des parois mobiles. L'enseignement sera presque toujours donné en plein air ; en hiver, les élèves seront en costume d'esquimau, emmitouflées de fourrures. Des exercices physiques, bien choisis, alternent naturellement avec les travaux intellectuels ; et les arts d'agrément : dessin, musique, chant, danse, ne seront pas oubliés.

La meilleure élève recevra, au bout des sept ans, un prix de 12.500 francs : ainsi les dépenses faites par ses parents, pour son éducation, constitueront une simple avance.

Avis à ceux qui veulent élever leurs filles « eugéniquement » et économiquement.

La Grenouille comestible et la Grenouille bœuf

Les Anglais nous appellent « mangeurs de grenouilles ». Les *Frogeaters* les scandalisent.

A Paris seulement, la vente des pattes de grenouilles atteint 100.000 francs par an. Mais la grenouille diminue, les prix augmentent. Les laboratoires paient aujourd'hui 25 francs le cent qui coutaient 5 à 6 francs il y a vingt ans.

Au point de vue de la vente, il y a deux sortes de grenouilles : les grenouilles de pêche et celles de parc.

La pêche devient moins importante, à mesure du développement de l'assèchement des marais.

La grenouille non parquée est de chair moins blanche et moins grosse.

Les parqueurs n'ont, paraît-il, pas de viviers, comme ils le prétendent et n'engraissent pas leurs sujets. Ils placent les grenouilles dans de grands sacs, sur une seule couche ; elles jeûnent, mais, restant immobiles, ne maigrissent pas.

Pour les préparer, on les dépouille, et les cuisses, qui sont seules vendues, sont embrochées sur des baguettes de bois. Les brochettes sont lavées, puis plongées dans une eau très froide, qu'on renouvelle toutes les deux heures. Pendant cette immersion, l'eau pénètre, blanchit et grossit les cuisses. Deux ou trois parqueurs seulement ont le tour de main parfait qui donne une marchandise irréprochable. Les autres, immergeant trop ou pas assez, n'obtiennent que des chairs marbrées et flasques.

Les Yankees aiment les grenouilles. Ils font de la véritable *raniculture*. Quelques-uns ont édifié, dans cette industrie, de rapides fortunes.

L'Amérique possède la *grenouille-bœuf* (*Rana mugiens*), verte comme la nôtre : sa taille, de 20 à 25 centimètres, son poids de 600 grammes et son coassement qui rappelle le mugissement d'un jeune veau, justifient un tel nom.

Les cuisses de cet animal, grosses cinq à six fois comme celles de nos plus belles espèces indigènes, ont une saveur exquise, qui laisse loin derrière elle celle ne nos plus fines poulardes de Bresse.

La grenouille-bœuf s'acclimate bien en France: quelques specimens échappés du Jardin d'Acclimatation, ont prospéré dans le lac du Bois de Boulogne, mais leurs descendants, ont été détruits par les pêcheurs. Il serait à désirer que les grenouilles-bœuf fussent acclimatées. Outre l'intérêt qu'elles présentent au point de vue comestible, elles rendraient des services à l'agriculture, car elles dévorent beaucoup de limaces de souris, mulots et jeunes rats.

Distractions de Congressistes

Parmi les distractions offertes par leurs collègues anglais, aux médecins français participant au Congrès International de médecine qui vient de se tenir à Londres, il en est une qui est au moins singulière. C'est la visite, sous la conduite du professeur Basbford, à la maison de campagne que possédait dans la banlieue londonienne le fameux chirurgien Artley-Cooper.

Cette visite est comme une commémoration de celle qu'y rendit jadis Dupuytren. Comme le chirurgien français faisait compliment à son propriétaire sur cette maison princière et admirait surtout la beauté des arbres gigantesques qui font l'ornement du parc :

— Oui, dit Artley-Cooper, ils sont fort beaux. Tous les matins, je les examine pour voir celui où je me pendrai. A Londres, je serais mort de fatigue, ici, je mourrai d'ennui.

Cet incident impressionna beaucoup Dupuytren, qui le racontait en ajoutant :

— Moi, j'exercerai ma profession jusqu'à la fin. Quand je ne pourrai plus aller visiter mes malades, je me ferai porter chez eux.

Le Petit-lait mousseux

On vient de créer en Allemagne un produit secondaire de laiterie qui doit retenir l'attention des producteurs français. Il s'agit du « petit-lait mousseux » appelé par nos voisins Milkenlimonade, et préparé en utilisant le petit-lait pauvre.

Le procédé employé n'a pas été encore indiqué parce que non encore breveté. Mais il ne doit pas être très difficile à reconstituer : c'est une simple gazéification artificielle après sucrage.

Cette boisson parfaitement limpide se conserve longtemps. La mousse est plus fine que celle de la limodade ordinaire ; la saveur rappelle un peu le goût de cuit du lait bouilli.

Les analyses faites par le Dr Kostler ont donné les résultats suivants :

Matières azotées : 0, 2 0/0 ; sucre de lait : 2 à 3 0/0 ; sucre : 6 0/0.

La teneur en chaux et en acide phosphorique est élevée.

La valeur nutritive du « petit-lait mousseux » est donc incontestable, celle des limonades habituelles étant nulle.

Mais le produit peut surtout trouver un débouché comme remplaçant des produits coûteux universellement employés pour combattre la putréfaction intestinale.

Nos éleveurs nationaux peuvent donc trouver là l'origine d'une industrie rémunératrice.

Une affaire d'or

Voici un curieux prospectus, envoyé par une compagnie américaine en formation :

Nous allons faire l'élevage des chats et nous en procurer un million. Chacun d'eux aura 12 petits par an. Les peaux de chat valent 5 pence (0 fr. 55) les blanches, 3 shellings (3 fr. 75) les noires. La moyenne sera donc de 1 sh. 3 pence (1 fr. 55). Nous aurons donc 12 millions de peaux chaque année et une recette brute quotidienne de 2.000 liv. st. (50.000 francs). Un homme peut dépouiller 50 chats pour 8 sh. (10 fr.) et il faudra 1.000 hommes pour faire marcher l'exploitation ; il nous restera ainsi un bénéfice de 1.600 livres sterling (40.000 francs) par jour.

Mais nous avons à nourrir les chats? Comment? Nous ferons l'élevage des rats tout à côté. Les rats se reproduisent quatre fois plus vite que les chats. Nous aurons donc quatre rats par jour pour chaque chat, ce qui est abondant. Or, comment nourrir les rats ?

C'est bien simple : au moyen des cadavres des chats ; un quart de chat par rat suffit amplement.

Ainsi l'affaire s'entretient d'elle-même, c'est la roue qui tourne. Les chats mangeront les rats et les rats mangeront les chats. Il restera les peaux et l'argent.

Voilà une affaire brillante et sûre.

Particularités de certains Personnages historiques

M. Frenkel a réuni dans un article *des Archives d'anthropologie* quelques particularités, dignes d'être signalées, chez certains personnages historiques, d'après une communication faite par le Dr Nééze à la Société d'ophtalmologie de Kieff.

Pour ce qui est de la naissance, il y a un bon nombre de personnages célèbres qui ont dû le jour à une opération césarienne.

Cette manière de se présenter dans le monde, c'est-à-dire la *section césarienne*, a permis de vivre à un certain nombre de personnages historiques, entre autres à *Scipion l'Africain*, au doge de Gênes, *Andréas Doria* au chef partisan de la guerre de Trente ans, le *comte Mansfeld*. Quant aux personnages légendaires ou demi-légendaires, la tradition populaire attribuait cette naissance extraordinaire à *Bacchus* et *Asclépios-Esculape*, de même qu'au roi *Wohlzoung*.

Pline traçait un horoscope défavorable à ceux qui entraient dans le monde *les pieds en avant*. C'est ce qui est arrivé à *Vipsannius Agrippa*, ce qui expliquerait, dans l'imagination des contemporains, les mœurs dépravées de sa descendance, parmi laquelle se trouvait l'ennemi du genre humain, l'empereur *Néron*, qui est né lui-même de la même façon renversée. Les pied en avant et de plus avec ses dents est né encore, selon le témoignage de *Shakespeare*, le scélérat *Glocester*, plus tard roi *Richard* III. Sont encore nés avec leurs dents, bien que ne se présentant pas les pieds les premiers, *Mazarin, Louis* XIV et *Mirabeau*. Au contraire, le roi d'Epire *Pyrrhus*, resta toute sa vie édenté, ne possédant qu'une plaque osseuse pour toute dentition.

Ont présenté un état d'*asphyxie* profonde au moment de la naissance *Louis* XIII, *Goethe* et le fils de Napoléon Ier, le *Roi de Rome* ; ce dernier, né avec présentation du siège, fut extrait au forceps. Parmi les *anomalies congénitales*, le pied valgus de lord *Byron* est particulièrement à signaler

Les *crânes* ont été examinés au point de vue des particularités ou anomalies. Le crâne de *Schiller* se distinguait par la largeur du front, tandis que celui de *Napoléon* Ier et celui de *Goethe* frappaient par la hauteur. Le crâne de *Kant* était remarquable par ses dimensions : sa capacité était de beaucoup la plus considérable de tous les crânes examinés : en même temps, ce crâne était manifestement asymétrique ; la moitié droite était plus haute que la gauche. Les parties moyennes et postérieures étaient surtout développées. L'axe antéro-postérieur était trop court (hyperbrachicéphalie) ; l'angle visuel, se rapprochait du droit (orthognathisme). Les orbites étaient hautes, les pommettes saillantes, la suture frontale conservée ; le crâne et la colonne vertébrale étaient rachitiques. Inversement, le philosophe *Leibnitz* avait un crâne qui n'était pas très grand, mais était arrondi, bas et large. Ce crâne encore avait l'axe antéro-postérieur court et l'angle visuel voisin du droit. Dans son ensemble, le crâne de *Leibnitz* présentait, les caractères des crânes slaves. De même chez *Dante*, le crâne ne dépassait pas, par son volume et sa contenance, la normale moyenne, et, chez *Raphaël*, il était même au dessous de la moyenne en conformité avec sa constitution générale plutôt chétive.

On peut dire que les hommes de génie, remarquables au point du vue intellectuel, présentent en général une réelle augmentation de la capacité crânienne, comme Kant et bien d'autres : bien qu'il y ait des exceptions (comme chez Raphaël), où la capacité cranienne est inférieure à la normale. Il en est de même du poids du cerveau qui est en général augmenté par rapport aux hommes ordinaires.

Le Tabès et son Traitement (1)

Par M. le Dr H. JAWORSKI

En faisant l'historique du tabès (*Traité de Médecine*, pare 708) le professeur Pierre Marie déclarait que le dernier mot n'était pas encore dit et qu'une troisième période devait arriver, celle où l'on parviendrait à la découverte du processus intime de cette affection.

Le professeur Pierre Marie avait bien raison, car, sans modifier les notions acquises par Romberg, Duchesne de Boulogne, Trousseau, Friedreich, Westphal, Benedikt, Charcot, Fournier et Frankel, j'ai apporté à cette question, par la réfléxothérapie, une contribution complémentaire qui satisfait le désir exprimé par lui.

Une des conquêtes les plus récentes, c'est la notion de la spécificité du tabès qui est aujourd'hui absolument reconnue. Mais dès ce moment une question préalable se présente. Pourquoi tous les syphilitiques ne deviennent-ils pas tabétiques ?

Pourquoi même le nombre de ceux qui le deviennent est-il relativement restreint ? D'un autre côté, avec une lésion invariable, pourquoi y a-t-il une telle variété de tabétiques ? Pourquoi y a-t-il des variations si grandes, non seulement chez des malades différents, mais encore chez le même malade ?

Il faut donc admettre qu'en outre de la sclérose médulaire, il existe des causes variables qui entrent en jeu.

Ainsi, prenons un tabétique ; il a un organisme ruiné par une affection ancienne, des lésions irréparables, et parfaitement systématisées qui nous condamnent à l'impuissance la plus absolue au point de vue thérapeutique. Cependant, si nous voulons regarder de plus près, nous sommes amenés aux constatations suivantes : Bien que la lésion reste profonde et irréparable, l'état du tabétique offre les contrastes les plus frappants, aggravation subite à certains jours, amélioration inattendue à d'autres, parfois même et spontanément, disparition définitive des symptômes les plus aigus.

Ces constatations ne sont plus contradictoires maintenant, car j'ai trouvé que pour qu'il y ait tabès deux conditions étaient nécessaires : une lésion médullaire, et une lésion périphérique irritative.

Cette deuxième condition d'une irritation centripède nous explique également la systématisation de la sclérose dans les cordons sensitifs et la variabilité de la symptomatologie de la maladie.

Il y a donc deux éléments bien distincts :

1° Le tabétique a une lésion irréparable.

2° Il a, en outre, autour de cette lésion, une zone de phlogose méningée et dans la périphérie un point de son organisme qui est soumis à des causes variables d'irritation. Ces causes retentissent sur cette phlogose de façon que celle-ci est sous la dépendance de l'irritation périphérique, et, au contraire, son état est aggravé si cette irritation augmente.

Donc, s'il y a des améliorations partielles, elles ne peuvent provenir que des modifications de l'état de la partie variable, puisque le premier élément est constitué par une lésion irréparable. En lisant le compte rendu de la Société de Neurologie du 7 novembre 1912, on voit qu'à propos des crises gastriques M. Guillain se demande si dans les crises gastriques typiques tabétiques il n'y a pas une lésion d'estomac.

Il cite un cas dans lequel, par l'examen radioscopique, on constata que les troubles étaient vraisemblablement dus à de petites ulcérations du pylore. Il n'est guère possible de croire, ajoutait-il, à la crise gastrique avec hématémèse, sans lésions de l'estomac.

M. Alquier opine dans le même sens. Il a vu des crises gastriques analogues à celle du tabès mais sans que celui-ci existât ; dans un cas l'autopsie montra un ulcère pylorique. D'autre part le docteur Meunier, à propos des crises douloureuses de l'estomac, nous dit que les chirurgiens anglais et américains, se basant sur des milliers d'interventions et sur des statistiques admirablement établies, affirment que ces douleurs tardives sont toujours liées à une ulcération duodéno-pylorique. Cette ulcération est située tout près du sphincter et celui-ci présente un état anormal de contracture.

Les auteurs eux-mêmes pour certaines crises gastriques-tabétiques ont été amenés à reconnaître le deuxième élément que j'ai déterminé comme nécessaire pour qu'il y ait tabès.

Dès mes premières recherches mon attention a été attirée par Denslow sur l'importance des lésions urétrales dans le tabès, lésions qui sont les plus fréquentes, ainsi d'ailleurs que les troubles urinaires. J'ai en effet trouvé dans l'urètre des tabétiques des éruptions zostéroïdes qui sont visibles à l'urétroscope. Au cathétérisme elles se présentent sous la forme de rétrécissements douloureux, élastiques et spasmodiques. L'irritation qui en provient à la répercussion la plus vive sur les symptômes de la maladie, notamment sur les douleurs fulgurantes, les crises de rétention urinaire, la cryesthésie, l'ataxie. Généralement, mais pas toujours, les malades ne se rendent pas compte de l'existence de ces lésions. C'est peut-être à cause de cela qu'elles sont passées si longtemps inaperçues, car il est très facile de les observer (1).

Chez la femme, les éruptions zostéroïdes se localisent rarement dans l'urètre, mais presque toujours exclusivement dans le rectum. Elles révèlent leur présence par le ténesme et les crises rectales.

Chez les hommes tabétiques, profondément atteints, nous trouvons très souvent simultanément des lésions dans l'urètre et des lésions dans le rectum.

L'existence de ces lésions périphériques et les variations de leur localisation expliquent maintenant toute la série de types différents de tabès : ataxie, douleurs fulgurantes, crises gastriques, crises rectales, etc., différences que les notions classiques n'avaient pas expliquées, ainsi que la plus grande fréquence du tabès chez l'homme que nous comprenons par la prédominance des lésions urétrales.

La confirmation expérimentale de la réalité de ce que nous venons d'énoncer se trouve dans le fait que le syndrome tabétique s'aggrave considérablement par l'irritation de ces lésions périphériques (Congrès de Paris, 1910).

Les conclusions ont été démontrées par les résultats obtenus en suivant les principes indiqués plus haut. Aussi le pronostic et le traitement du tabès sont profondément modifiés par ces nouvelles découvertes.

Au point de vue pratique, au point de vue intéressant pour les malades, point de vue dont il ne faut pas oublier l'importance quand même, puisque nous sommes médecins, il est indiscutable que le bénéfice obtenu par le traitement mercuriel et le traitement arsénical est bien inférieur au bénéfice que donne la rééducation motrice.

La rééducation n'a absolument aucune action sur la cause de la maladie elle-même, et, cependant, ce traitement est celui dont les effets sont les plus remarquables et sont reconnus par tout le monde. On peut donc commencer à comprendre les surprenants résultats obtenus par la réfléxothérapie véritable rééducation sensitive qui, en même temps, signale les irritations périphériques et les supprime.

Depuis 1909, j'ai eu l'occasion d'observer et de communiquer les résultats obtenus avec la dilatation rapide de l'urètre, c'est-à-dire par la réfléxothérapie urétrale.

Si on introduit régulièrement les bougies Denslow dans l'urètre des tabétiques on remarque :

1° Neuf fois sur dix au bout de quelques séances, sauf dans les cas très graves, une forte sensation de chaleur dans les membres inférieurs se produit, presque aussitôt après la séance ; ce phénomène progresse en durée et devient permanent.

2° Cette sensation de chaleur s'accompagne peu à peu d'un retour subjectif et objectif de la sensibilité profonde, de façon que les malades sentent le sol, l'ataxie diminue et ils peuvent marcher sans regarder leurs pieds.

3° Après un temps plus ou moins long, on observe également la diminution ou la disparition des douleurs, ainsi que du signe de Romberg.

4° La dilatation a un effet très remarqué et très favorable sur l'état général.

Ces conclusions que j'ai déjà mentionnées en 1911 au Congrès de Lyon sont restées identiques et devront être considérées comme des faits définitivement acquis. Mais, depuis, j'ai augmenté et développé le traitement, et je suis arrivé à des résultats constants et instantanés.

En étudiant mes conclusions antérieures, on voit que dans les cas très avancés les résultats pour la marche sont beaucoup moins nets.

Mes observations m'ont amené à établir que dans beaucoup de cas, il y avait des lésions du côté du rectum et que la dilatation urétrale seule était insuffisante. C'est alors que j'ai institué la dilatation rectale (Congrès de Paris, 1912).

La dilatation rectale complète l'effet de la dilatation urétrale dans certains cas, mais dans d'autres, chez les femmes surtout, elle peut devenir prépondérante et devient indispensable quand il y a des crises rectales ou simplement du ténesme rectal. Avec la réfléxothérapie urétrale seule ou combinée à la réfléxothérapie rectale nous obtenons le maximum d'amélioration possible du syndrome tabétique, surtout sur le Romberg, l'insensibilité profonde, l'état général, les douleurs, les troubles urinaires et la marche, dans les cas où elle est peu atteinte.

Mais le traitement ne donne que des résultats lents et incomplets chez les tabétiques très avancés qui marchent excessivement mal ou pas du tout.

Devant ce résultat moindre auquel les malades donnent une très grande valeur, (si la marche n'est pas suffisamment améliorée les malades sont mécontents), j'ai continué mes recherches, et, en appliquant la réfléxothérapie vertébrale au tabès j'ai complété si heureusement le traitement que je suis arrivé non seulement à améliorer considérablement les malades qui ne marchaient plus ou presque plus, mais encore à obtenir

(1) Communication au Congrès de Londres.

(1) Voir « Un nouveau traitement du tabès par le docteur Jaworski ». Maloine, édit. « Les éruptions zostéroïdes de l'urètre », par le docteur H. Jaworski, *Gazette médicale de Paris*, No du 10 janvier 1912.

cette amélioration d'une façon constante et instantanée. J'ai pu faire cette communication à l'Académie de Médecine en mai 1912 avec le docteur. A Marie.

Certes, le dernier mot n'a pas encore été dit, mais la voie est largement ouverte. Ainsi pour remédier aux crises douloureuses tardives de l'estomac, le docteur Meunier propose la dilatation de la région duodéno-pylorique, qu'il est arrivé à réaliser d'ailleurs, et il aurait obtenu une atténuation des douleurs.

De mon côté j'ai déjà employé le même traitement pour les crises tabétiques, mais il faut toujours se servir du traitement réfléxothérapique total. Comme l'esprit n'est pas très habitué à ces pratiques un peu nouvelles, il n'en comprend pas facilement la portée, il se produit une certaine résistance pour attribuer directement au traitement les surprenants résultats obtenus, et on pourrait croire qu'au moins une partie de ceux-ci sont dus à la suggestion. Cet argument est réellement puéril, mais comme c'est celui que la routine admet le plus facilement, je vais citer quelques exemples qui s'ajouteront à toutes les considérations que j'ai énoncées plus haut et qui démontreront que les résultats obtenus ne sont nullement dus à la suggestion.

Dans mon livre *Un nouveau traitement du tabès*, je trouve, page 156, observation 1, le paragraphe suivant :

Le malade a toujours remarqué de grandes variations dans l'ataxie de ses mains, et ses variations étaient en rapport direct avec l'état de son intestin. Il avait observé lui-même que, quand il était le plus constipé, il ne pouvait presque plus se servir de ses mains. Au Congrès de Paris, 1910, j'ai signalé les phénomènes d'hyperdilatation, des crises terribles de douleurs fulgurantes plus fortes que les malades n'en avaient jamais eues quand on dépassait certaines limites et qu'on dilatait trop fortement.

Dans la brochure du docteur Romero, page 10, je trouve le fait suivant :

Dans la clinique du docteur Jaworski, nous avons eu l'occasion de suivre chez un tabétique le traitement d'un mal perforant plantaire qui durait depuis six mois ; ce mal fut guéri en trois semaines, sans aucun autre traitement que la dilatation, bien que le malade n'ait pas gardé le repos. Pendant ce traitement une séance à l'urétroscope ayant irrité légèrement l'urètre du malade, l'amélioration s'arrêta, une légère aggravation se produisit qui disparut au bout de deux jours.

Cette année, j'ai eu l'occasion de soigner un malade absolument sourd et aveugle, avec lequel je n'ai jamais pu échanger une parole. Cependant, son état s'est amélioré dans les mêmes conditions que celui des autres malades, et j'y ai observé les mêmes phénomènes.

Il est à noter, du reste, que ces résultats que je signale ne sont que de simples exemples de l'action si énergique et si puissante de la réfléxothérapie. On obtient d'aussi beaux succès dans bien d'autres maladies telles que l'asthme, les entérites, le vaginisme, les cardiopathies, etc.

LE TOUTOU-VIE

On peut assurer sa vie, on peut assurer ses biens, on doit assurer ses ouvriers ou ses domestiques. Mais une lacune existait qui vient d'être comblée.

Une société s'est fondée qui assure contre la mortalité des chiens.

Nous avions déjà les chiens policiers. Nous avons maintenant les polices pour chiens.

Ces polices prévoient toutes les formes possibles de contrat. Un propriétaire peut même s'assurer sur la vie de son chien.

Mais le chien ne peut pas s'assurer sur la vie de son maître.

LES ANGINES DE POITRINE

Par M. le Docteur Arthur Leclercq

Bien que différentes cliniquement, les angines de poitrine présentent entre elles des caractères communs qui peuvent nous permettre d'en fixer la pathogénie.

L'*angor pectoris* est avant tout une maladie du myocarde. Or, la lésion myocardique est ou primitive ou secondaire. Primitive, le myocarde réagit pour son propre compte suivant en cela la destinée de la tunique moyenne des artères ; secondaire, la lésion myocardique est consécutive aux lésions coronariennes, lesquelles sont dans l'espèce ou l'artériosclérose, ou l'artérite ou l'athérome. L'artériosclérose, avons-nous dit ailleurs, se caractérise essentiellement par les réactions pathologiques de la tunique moyenne qui est la tunique de l'hypertension. Les artérites ont pour caractéristique la réaction défensive du périartère et de l'endartère. L'athérome gît essentiellement dans la tunique interne. A la première revient l'entité morbide créée par l'abus quantitatif et qualitatif des ingesta et de l'alcool aliment. Aux secondes, les infections variées. A la 3e catégorie appartiennent les intoxications on lentes, ou expérimentales (adrénaline), ou séniles. Or toutes ces données sont applicables au cœur, considéré comme la plus grosse artère de l'économie, et nous avons tenté de substituer à la classification ancienne des maladies du cœur et de l'aorte celle plus rationnelle et plus adéquate aux faits cliniques de cardiosclérose, cardiartérites, cardiathérome et, pour l'aorte, la sclérose aortique, les aortites, l'athérome aortique.

Ce premier point acquis, il convient de nous demander quelle est la propriété du myocarde qui est particulièrement en jeu pour constituer dans les trois cas l'angine de poitrine (il va sans dire que nous n'avons en vue ici que l'angine grave possédant un substratum anatomique essentiel). Or, il est hors de doute que c'est dans la tonicité du muscle avec ses deux attributs, l'élasticité et la contractilité, qu'il faut chercher la première réponse à la lésion anatomique du myocarde. De cette assertion, deux preuves font foi : si l'on soumet un tissu élastique quelconque à l'épreuve de l'étirement (distension) ou si on le laisse revenir sur lui-même (contraction), le jeu de ces deux propriétés se fait mollement et sans à-coup si le tissu est sain. Mais, si le tissu a perdu son élasticité, il se produit une succession d'ondes péristaltiques et antipéristaltiques, ou même, si l'on veut, de tétanisations fibrillaires qui ne manqueraient pas, par leur caractère de rudesse, d'être notées sur des appareils enregistreurs.

La deuxième preuve est tirée de l'existence du galop cardiaque dont le premier bruit, couvrant la systole, peut être considéré, si l'on traduit fidèlement le tracé cardiographique, comme une réunion d'avant-systoles massées en un seul bruit perceptible à l'oreille.

On conçoit, dès lors, que surtout en face d'un travail plus important à fournir, le muscle cardiaque dégénéré, soit en tant qu'artère, soit en tant que viscère, devienne inadapté dans sa fonction essentielle, et proteste par la douleur contre l'imposition de travail qui lui est impartie.

Tel est le premier point acquis, répondant, par certain angle, aux théories de Mackenzie, Merklen, plaçant le siège essentiel de l'*angor pectoris* dans le défaut de tonicité ou la contractilité du myocarde.

Mais il importe de savoir que l'accès ne peut exister que pendant le travail du cœur, dans la *distension aiguë* et non dans la *dilatation* passive de l'organe. Nombre de cœurs sont dilatés sans que l'on n'ait jamais constaté la moindre réaction douloureuse. Au contraire, l'ectasie cardiaque, j'entends celle qui se fait progressivement pour aboutir un jour à l'asthénie complète du cœur, est regardée, à juste titre, comme un procédé empêchant, j'allais dire curateur, de l'accès vrai d'angine de poitrine. Ces faits, qui ont été mis en relief par Merklen et ses élèves, sont comparables en tous points à ce qui se passe dans les autres viscères, la vessie par exemple, qui, de douloureuse qu'elle est dans la période de distention aiguë, devient indolore dans la dilatation passive, alors qu'elle a perdu tout pouvoir de contractilité.

Mais toutes ces notions pathogéniques nous expliquent bien le pourquoi de la douleur, mais ne nous disent rien sur le comment de la crise, c'est-à-dire sur le moyen dont à son tour réagit le système nerveux contre la distension myocardique. La douleur est-elle produite par tiraillement des filets du plexus cardiaque ? Cela est fort peu probable vu que, nous venons de le voir, la crise n'existe pas quand la distension est poussée jusqu'à ses plus extrêmes limites, c'est-à-dire la dilatation. Il faut donc chercher ailleurs.

Or, il est une règle générale, laquelle n'est jamais en défaut et qui consiste en ce fait que lorsqu'un organe est atteint de sclérose, il y a toujours, plus ou moins accusée, une propagation du processus scléreux aux organes du voisinage. Anatomiquement, il paraît difficile d'admettre une sclérose myocardique sans lésion superficielle ou profonde, périphérique ou centrale, des filets du plexus cardiaque imbriqués dans la gangue de sclérose. Qu'il y ait névralgie ou névrite, que le périnèvre soit atteint profondément ou léché seulement par le processus scléreux ou dégénératif, il y a toujours, peu ou prou, participation pathologique du nerf au tissu musculaire dont, physiologiquement du reste, il suit toutes les vicissitudes. Il en est ainsi, pour rester dans le domaine de la cardiologie des péricardites qui accompagnent la cardiosclérose des pleurésies, des médiastinites calleuses qui sont également les résultats de l'extension à ces organes du processus scléreux du myocarde, si toutefois il est permis de dénommer péricardites, pleurésies, médiastinites, des complications qui le plus souvent n'ont rien d'inflammatoire. *Lancereaux* et *Peter* pensaient donc bien lorsqu'ils attribuaient, le premier surtout, la crise d'angor à une névrite du plexus cardiaque. Sans doute cette théorie n'envisage qu'un côté de la question, mais elle n'en constitue pas moins une grande part de vérité.

Le raisonnement que nous venons de faire pour le cœur s'applique, cela va de soi, à l'aorte. Est-il un organe où l'élasticité ait besoin de plus de développement que ce prolongement anatomique du cœur ? Existe-t-il un vaisseau où l'intrication du plexus cardiaque soit plus intime et plus touffue qu'au niveau du vaisseau aortique ? On comprendra dès lors, avec Vaquez, que tout travail insolite, que toute poussée inflammatoire de l'aorte puisse, même à l'état de repos relatif, provoquer des poussées douloureuses dans le domaine du plexus aortique pathologiquement intéressé. Ce serait donc une erreur, pour la bonne interprétation pathologique de l'angine de poitrine, de vouloir singulariser une opinion au détriment d'une autre. L'angine de poi-

trine, en réalité, constitue un syndrome qui doit faire état de trois éléments qui en constituent le trépied pathogénique, à savoir : l'organe malade, la qualité de l'organe intéressé, le mode de perception de la douleur.

Après ces considérations, il nons est permis de pénétrer de plain-pied dans l'étude clinique des angines de poitrine, que nous diviserons pour la clarté du texte en angines typiques (lésionnelles) et angines atypiques (non lésionnelles).

Angines de poitrine typiques (lésionnelles)

Nous en distinguerons trois :

L'Angine A. — C'est celle des artérioscléreux, des gens de la cinquantaine. Elle a pour substratum anatomique la cardiosclérose pure ou associée à la sclérose des coronaires on la sclérose aortique. Elle est le résultat de la propagation de la sclérose des viscères à la tunique moyenne des petites, des moyennes, des grosses artères puis au cœur considéré comme la plus grosse artère de l'économie. Chez ces malades, la douleur existe particulièrement pendant l'effort, la marche et cesse le plus souvent avec le repos. Elle s'accompagne généralement d'hypertension artérielle et n'existe qu'avec la complicité des organes d'élimination, du rein en particulier. Le rein néphroscléreux n'élimine plus les poisons de l'organisme. Le poumon ne suffit plus à sa double tâche d'hématose et d'élimination : la dyspnée va de la simple anhélation jusqu'à l'accès d'œdème aigu pulmonaire. Le foie ne détruit plus les poisons de l'organisme ; il ne conduit plus les aliments jusqu'au dernier terme des simplifications métaboliques. Le cœur réagit par l'hypertension et la polyurie contre l'inondation des toxines. L'organisme craque de toutes parts. Le cœur surmené, traduit sa défection par des accès répétés d'angor, ayant à lutter doublement contre la défaillance myocardique et contre les poisons dits improprement urémiques. On conçoit combien est grave cette forme d'angor, laquelle, après une série d'accès, finit, si elle ne gagne pas la période asystolique, par amener la mort que seuls un régime hypoazoté, un traitement diurétique, déchlorurant, hydrique, restrictif, peuvent, sinon conjurer, du moins retarder.

L'angine de poitrine B. — C'est l'infection qui, contrairement à l'angine A de la cardiosclérose, à l'angine C de l'athérome cardioaortique, est à la base de cette classe d'angineux. Elle a pour substratum anatomique l'aortite ou l'aorto-coronarite. Ce sont les tuniques internes et externes qui sont principalement intéressées par l'agent infectieux qui dans l'espèce est le plus souvent le tréponème. C'est dans ces tuniques, de même que pour l'infection rhumatismale, que se plaît à coloniser le tréponème créant des périaortiques, des péricoronarites surtout (Letulle, Peter, Dehove), et, par propagation, des syphilomes cardiaques. Or la fréquence des aortites est loin d'être rare puisque 4 sur 5 sont aujourd'hui reconnues pour être de nature spécifique (Letulle). Cette angine, contrairement à la première, peut apparaître à tout âge, et nous avons encore le souvenir d'un homme de 32 ans que nous voyions pour la première fois et qui succomba au bout d'une heure environ d'une crise angineuse. Chez ce malade, nous ne pûmes, en l'absence de signes de cardiosclérose, d'atteinte myocardique et en l'absence d'athérome, rare à cet âge, que nous retrancher derrière le diagnostic d'aorto-coronarite spécifique.

L'affection de cet ordre procède par poussées aiguës, va depuis la douleur rétrosternale jusqu'à la vraie crise angineuse, est peut-être de toutes la plus douloureuse parce que, liée à des poussées inflammatoires, elle ne s'amende pas aussi facilement par le repos que les autres variétés ; elle a pour caractère essentiel, si ses réactions sont plus vives, de pouvoir par contre rétrocéder par suite d'un traitement spécifique bien dirigé. On voit toute l'utilité qu'il y a non seulement d'interroger la réaction de Wassermann, mais de faire la radiographie de l'aorte. Et ce double dépistage s'impose d'autant plus que souvent, dans cette variété, les signes objectifs font défaut, l'auscultation est muette, le cœur paraît normal, la tension artérielle reste indifférente, cependant que le tracé radiographique placé sous les yeux montre une aorte dilatée ou anévrismatique. Dans un cas que nous avons suivi avec intérêt, l'examen radiographique pratiqué par le docteur Aubourg révéla non seulement une aorte dilatée, épaissie, avec plaques calcaires, mais des ganglions rétro-auricularires situés dans le médiastin postérieur. Périaortite et adénite, c'était assez pour penser à la nature syphilitique de la lésion. Poussé dans cette voie, nous fîmes faire un Wassermann, qui mit d'accord les dénégations du malade avec la conviction du médecin. Le malade de ce fait fut soumis à un traitement mercuriel intensif et fut soulagé des crises d'aortocoronarite, disons d'angine B, qui depuis deux ans le tenaillaient.

L'Angine de poitrine C. — Ici c'est l'angine des athéromateux. C'est l'endartère qui le plus souvent subit la calcification en plaques. Cette forme n'existe qu'à un âge avancé de la vie. On comprend aisément qu'elle n'offre pas les réactions dramatiques de ses congénères. Un malaise rétrosternal, une simple douleur de l'épaule, un fourmillement des doigts, et c'est tout. Un de mes confrères, âgé de 60 ans, éprouvait une douleur vague à l'épaule gauche. « Demain, disait-il, si cette douleur ne passe pas, je prendrai un cachet d'aspirine. » Le lendemain, on le retrouva inanimé dans son lit.

C'est à cette classe de malades que l'on peut attribuer la « mort sans phrase ». Ce sont ces sujets que l'on retrouve morts, soit dans leur lit, soit dans la promenade publique et chez lesquels, à l'autopsie, on trouve une oblitération athéromateuse des coronaires.

Parler du traitement de cette sorte d'affection est chose inutile puisque la maladie n'est que le tribut de l'âge, à moins toutefois qu'il ne soit établi que l'athérome a pour point de départ une intoxication qu'il soit dans nos moyens de combattre ; c'est-à-dire le saturnisme, la goutte, l'uricémie, le tabac, l'alcool, qui sont de puissants facteurs athéromatigènes.

Angines de poitrine atypiques (non lésionnelles)

Nous ne ferons que résumer brièvement cette catégorie d'angines, lesquelles nous intéressent beaucoup moins : d'abord parce qu'elles sortent du cadre des maladies qui nous occupent, puis parce que leur description, manquant de bases anatomiques, laisse encore le champ libre aux interprétations les plus contradictoires. Nous en distinguerons trois sortes.

L'angine a, d'origine nerveuse, va depuis l'angine qui repose sur une base anatomique (tabès, maladie de Basedow, paralysie générale) jusqu'à celle où la névrose pure s'étale dans toute sa symptomatologie.

L'angine b, d'origine toxique (tabac, thé, café, paludisme), diathèses, intoxicantes (diabète, obésité). Or, ainsi que nous l'avons vu, ces sortes d'angines peuvent, à la suite d'adultérations artérielles, résultant de l'action prolongée des toxiques, verser dans l'angine C que nons avons décrite.

Que ces deux sortes d'angines soient le résultat d'une irritabilité du plexus cardiaque d'une vaso-constriction fort hypothétique des coronaires, ces diverses interprétations n'offrent pour nous qu'un intérêt fort secondaire ; nous pouvons en dire autant de

L'angine C d'origine réflexe, dyspepsie, gastroptose, dilatation d'estomac, aérophagie poche à air, dilatation du côlon, entérocolite, rein mobile.

Nous ne nous arrêterons pas davantage à discuter la pathogénie de ces accidents, à savoir si l'on doit admettre l'acte réflexe de Potain et Barié, ou s'il s'agit le plus souvent d'un phénomène mécanique de refoulement du cœur.

Nous avons voulu, en écrivant ces lignes, asseoir sur des bases précises anatomiques, étiologiques, sur les divers modes de réactions défensives du cœur et de l'aorte suivant la nature des causes agressives, une pathogénie adéquate du syndrome de l'angine de poitrine ; nous avons suivi cette pathogénie sur le terrain de la clinique, nous avons vu pour chacune des différenciations anatomiques dans le pronostic, le traitement de chaque variété d'*angor pectoris*.

Nous avons pu voir en même temps que, si le praticien est souvent désarmé dans certaines formes séniles de la maladie, s'il ne peut que retarder le plus souvent l'échéance fatale dans la forme artériosclérosique, par contre il peut souvent dépister dans l'aortocoronarite une syphilis tertiaire en évolution, et appliquer à ces cas une thérapeutique, laquelle, si elle n'est pas régressive au point de vue des lésions anatomiques, pourra combattre avec succès les crises aiguës qui finiraient, par leur répétition, d'avoir raison du malade (1).

REVUE DE CHIRURGIE

Luxation du ménisque interne du genou droit. Réduction

Par le Docteur ROUX DE BRIGNOLES
chirurgien des hôpitaux

La luxation des ménisques de l'articulation du genou est une affection rare ; je n'en ai jusqu'ici rencontré qu'un seul cas, bien que nos services hospitaliers soient riches en accidentés de toute sorte. Cela n'a rien d'étonnant puisque dans la statistique de Dambrin il n'y a que 9 cas publiés en France.

Cette rareté dans notre pays a été de nouveau signalée par les divers orateurs qui ont pris la parole à ce sujet dans les dernières discussions qui ont eu lieu à la Société de Chirurgie de Paris, 2 et 9 avril dernier ; elle contraste avec la fréquence relative de cette lésion en Angleterre. Martin a pu relever dans les annales de chirurgie anglaise 449 cas et Dambrin en opposition des 9 observations françaises en relève 122 anglaises ; usage des sports chez nos voisins, et surtout du foot-ball, accidents d'exploitation de mines ? Je cite en passant ces tentatives d'explications que l'on a proposées, sans me permettre de donner une appréciation, car je ne pourrais m'empêcher de remarquer que nombreux sont maintenant chez nous les jeunes gens qui jouent au ballon, qu'il y a en France bien des accidents de travail dans les mines, et que pourtant les luxations des ménisques restent toujours une rareté.

(1) Soc. de méd. de Paris.

Dans les discussions à la Société de Chirurgie auxquelles je faisais allusion plus haut, tout on à peu près tout a été dit sur la pathogénie et le traitement de cette affection. Aussi le chirurgien, en présence de pareille lésion, est-il parfaitement armé, que la réduction soit possible, ce qui est notre cas, ou qu'elle soit impossible, ce qui nécessite souvent l'ablation du ménisque, opération suivie de succès, comme le montrent les belles observations de Boucher, Dejouamy, Lejars, Demoulins, Mauclaire, Quenu en France de Watson, Adam-Leeler, Martin, en Angleterre. L'observation qui va suivre a donc le mérite de la rareté dans nos pays :

Le 2 mai, se présente à mon cabinet un jeune homme de 23 ans, victime d'un accident survenu la veille dans l'après-midi, et qui l'a subitement privé de l'usage de son membre inférieur droit. En sautant à la corde, il est tombé à faux sur ses pieds, le genou fléchi, et la jambe en rotation externe ; une douleur très vive s'est subitement produite et, depuis ce moment, il n'a plus pu marcher qu'avec beaucoup de peine et de souffrances et surtout n'a plus pu redresser son articulation. Le lendemain, il est allé consulter son médecin, qui, après une série de tractions inefficaces sur la jambe, me l'a envoyé sans diagnostic.

Le blessé est un grand jeune homme, d'une bonne santé générale, n'ayant à son passif aucune maladie ni tare, sauf ce qui m'a paru capital comme cause prédisposante, une hydarthrose du genou droit, pendant son service militaire, consécutive à une chute de cheval. Cette hydarthrose, traitée par des pointes de feu dont les traces sont encore visibles, n'a laissé aucun reliquat appréciable, ni du côté de l'articulation, ni du côté de l'appareil musculaire de la cuisse.

En entrant dans mon cabinet, sa démarche est exactement celle d'un malade atteint d'ankylose vicieuse du genou à 90° de flexion ; il marche difficilement, souffrant à chaque pas, et ne peut relever sa jambe.

Couché, il tient la jambe demi-fléchie, sans pouvoir l'allonger ni relever le pied ; il accuse l'existence d'un point douloureux à la pression au niveau de la face interne de l'interligne articulaire.

Tout mouvement communiqué d'extension est impossible, et les tentatives, même modérées, de redressement éveillent immédiatement une vive douleur. L'articulation ne présente pas de gonflement, pas d'extravasation de liquide d'aucune sorte, ni sérosité, ni sang ; la rotule est en position normale. En examinant l'interligne, je le trouve, à la partie interne, plus marqué qu'il ne l'est d'ordinaire ; en dedans, on perçoit sous la peau un petit corps étranger dur, à peu près immobile, de forme ovalaire, à grand axe transversal ; la pression exercée sur lui provoque une vive douleur qui cesse immédiatement lorsque la pression s'arrête.

L'histoire du malade, les conditions dans lesquelles s'est produit l'accident, l'attitude du blessé, et l'impotence fonctionnelle indiquent le diagnostic que confirme la perception du corps étranger à grand axe parallèle à l'interligne et à consistance cartilagineuse.

Me rappelant le conseil d'Arrou de fléchir la jambe le plus possible pour faciliter la réduction, j'exagérai, autant que je le pus, la flexion de la jambe sur la cuisse, et j'exerçai avec le pouce de la main droite une série de mouvements de pression et de circumduction. Les premiers essais furent infructueux, et je craignais de ne pas aboutir, quand je sentis le corps dur qui roulait sous mon doigt, disparaître brusquement avec un claquement sec qui fut du reste perçu également par le malade.

La douleur cessa subitement, et la pression sur l'interligne ne donna plus aucune réaction douloureuse ; j'essayai de redresser la jambe, mais ne pus y arriver d'abord, car le blessé très pusillanime, contractait ses muscles avec force. Je le fis alors lever, il appuya son pied d'abord avec précaution, puis voyant que toute douleur avait cessé, il devint plus hardi, et se redressa complètement. Il se mit à marcher sans aucune boiterie, et en me quittant, me déclara être complètement guéri.

Il s'est produit ensuite un peu de gonflement sans épanchement articulaire.

L'histoire de ce malade m'a paru intéressante à plusieurs points de vue ; on y trouve en effet :

1° La position caractéristique du membre en flexion à 90° ;

2° Le caractère spécial de la douleur initiale brusque, en coup de poignard, provoquée par le pincement et le coincement du ménisque entre les surfaces articulaires, bien différente de la douleur secondaire provoquée par toute pression exercée sur le corps étranger ou toute tentative d'extension du membre;

3° Au point de vue pathogénique, on y trouve la confirmation de la thèse soutenue par Lejars, que la condition nécessaire pour la production d'une luxation d'un ménisque est qu'une affection antérieure ait produit une laxité anormale de ses attaches.

Nous n'irons pas jusqu'à en faire une luxation pathologique comme certains ont essayé de le faire en invoquant la méniscite de Jacob ; notre malade n'était pas non plus un exemple de l'hydarthrose à répétition de Savariand, mais certainement, dans son hydarthrose antérieure, une altération de ses ménisques avait préparé le terrain;

4° Enfin on trouvera dans la manière dont l'accident s'est produit, la position classique du membre pour la production de la luxation du ménisque : chute sur le pied, la jambe étant en rotation externe exagérée.

Ce malade peut-il être considéré comme définitivement guéri? Je ne le crois pas, car les causes prédisposantes de la luxation persistent, aggravées sans doute par une laxité encore plus grande des ligaments causée par la luxation elle-même.

Ce qui me confirme cette manière de voir, c'est que, depuis son accident, ce jeune homme, tout en se servant bien de sa jambe, éprouve de temps en temps, selon les mouvements auxquels il se livre, de vives douleurs dans le genou et se trouve parfois arrêté subitement jusqu'à ce qu'une flexion exagérée de la jambe remette tout en ordre.

Il y a là un état qui mérite d'attirer l'attention car si au lieu de s'amender ces phénomènes s'accentuaient, la question de l'ablation du ménisque se poserait comme seule capable de donner la guérison définitive (1).

(1) *Soc. de chir. de Marseille.*

REVUE DE DERMATOLOGIE

Sycosis lupoïde bilatéral

Par M. le Docteur DANEL

Maître de Conférences, chargé du Service de Dermatologie

Sous ce nom, M. Brocq a décrit, dès l'année 1888, une dermatose de la face, de physionomie bien spéciale, qui correspond très probablement à l'*acné lupoïde* des Américains, à l'*ulérythème sycosiforme* d'Unna et que l'auteur français identifie sans hésitation à la *dermite sicosiforme atrofizante* de Ducrey et Stanziale. Cette affection est constituée par des « folliculites en placards circonscrits, situées sur les parties latérales des joues ou du menton, rarement aux parties latérales de la lèvre supérieure, d'évolution lente, excentrique, à bordure formée de folliculites nombreuses, quasi-confluentes avec croûtes et infiltration des téguments, le centre du placard étant déprimé, cicatriciel, glabre (1).

Cette forme de sycosis, habituellement unilatérale, diffère donc du sycosis vulgaire non trichophytique, par sa tendance extensive régulière et par l'alopécie cicatricielle, lisse, « d'aspect souvent un peu chéloïdien (2) » que le processus laisse après lui. Le ou les foyers pouvant atteindre, les années aidant, les dimensions de la paume de la main et empiétant alors sur toute la région pileuse de la joue. Sans traitement la durée de cette affection est indéfinie. Elle aboutit, par son extension centrifuge régulière, à l'atrophie du système pilo-sébacé des régions atteintes dans toute l'étendue desquelles les poils sont définitivement détruits.

C... Victor, 56 ans, plafonneur, de Lille (f. 10.710). Vient pour la première fois à la consultation le 24 janvier 1910. L'affection pour laquelle il se présente a débuté il y a environ deux ans. Il se produisit alors une éruption de petits boutons suppurants, siégant à droite, dans la région de l'angle de la mâchoire. Ces boutons « à tête jaune » étaient centrés par un poil. Ils n'ont pas tardé à gagner toute la barbe, bien que la région mentonnière eût été relativement ménagée.

Le malade ne sait pas préciser à quelle époque l'ensemble des lésions a pris la configuration actuelle. Tout ce qu'il nous apprend, c'est qu'il n'a jamais cessé de se raser, et certainement, la rasure a joué, comme d'habitude, dans ces cas de folliculites chroniques de la barbe, un certain rôle dans la diffusion des lésions. Ajoutons à cela que le sujet est peu soigneux de sa personne, vivant au jour le jour, ici aujourd'hui, plus loin demain, sans souci d'hygiène bien spécial, se contentant de protéger ordinairement son visage par un bandeau.

Voici ce que l'on peut noter à l'examen clinique et ce que montrent assez bien les photographies du malade. Les altérations sont comparables à droite et à gauche, et elles siègent dans des régions symétriques. Au niveau de l'angle de la machoire et se prolongeant le long du bord du maxillaire inférieur, existe à droite, une zone cicatricielle, blanchâtre, un peu épaissie, lisse, présentant cependant en quelques points, des papulo-tubercules rouges, dont plusieurs ont encore un sommet jaunâtre, durs, infiltrés un peu sensibles. Mais ce qui attire surtout l'attention et caractérise cette curieuse affection, c'est la bordure qui limite cette partie centrale, où, somme toute, le mal est en voie d'extinction, après avoir d'ailleurs produit une alopécie totale et définitive de toute la région atteinte. Cette bordure est rouge, sensible, très infiltrée, criblée de follicules pileux en état d'inflammation suppurative. De ces saillies, les poils ont disparu ou, s'ils persistent, ils convergent courts, durs, colorés pour la plupart.

Si on les arrache, ils entraînent avec eux leur gaîne épithéliale, blanchâtre, ramollie, infiltrée de pus.

Cette bordure est assez inégale d'épaisseur. Plus large et comme plus étalée à la partie inférieure, où elle atteint plusieurs millimètres elle est, au contraire, le long du bord supérieur beaucoup plus étroite et comme ponctuée. Il n'y a en ce point, qu'une seule ligne assez régulière de folliculites rouges, disposées côte à côte. En beaucoup d'endroits des croûtes recouvrent les éléments folliculaires, entre lesquels on trouve aussi parfois de véritables fissures un peu suintantes.

Cette bordure part du voisinage du lobule de l'oreille en arrière, suit en haut, le long de la partie voisine de la bordure, la partie moyenne du masséter, puis s'incline en bas, pour gagner,

(1) Brocq. *Traité élémentaire de Dermatologie pratique*, t. 1, p. 129. O. Doin, Paris, 1907.

(2) J. Darier. *Précis de Dermatologie*, p. 373. Paris, Masson, 1909.

le long du bord de l'os maxillaire, la région mentonnière, non loin de la ligne médiane. Puis elle se dirige en bas et en arrière, un peu au-dessus de la ligne hyoïdienne, et descend sur le cou plus loin, à une distance de 2 à 3 centimètres du bord inférieur du maxillaire, avant de rejoindre, en courbe arrondie, son point de départ. Au niveau de sa partie la plus étalée, la zone cicatricielle a 4 centimètres de largeur.

La région mentonnière est relativement peu altérée. Quelques éléments disséminés s'y rencontrent comme détachés des lésions principales voisines, de droite et de gauche.

Les lésions de gauche sont elles-mêmes constituées par des altérations semblables à celles de droite. Même aire centrale cicatricielle en grande partie et même bordure en activité de papulo-tubercules et de papulo-pustules folliculaires, rouge suppurante, sensible.

L'étendue totale est cependant moindre. La largeur, assez régulière de la zone cicatricielle, n'est que de trois centimètres. Le cercle ou plutôt l'ovale allongé qui constitue le sycosis de ce côté commence à deux centimètres de la région du lobule auriculaire. Son bord supérieur suit ensuite assez régulièrement à quelques centimètres le lord saillant du maxillaire. Les lésions folliculaires assez abondantes y sont comme plus diffuses et ont plus de tendance à s'étendre vers les régions supérieures de la barbe. Le bord inférieur, au contraire, qui présente assez bien la même courbure générale que du côté droit, est régulier, saillant, formant un talus régulier. En dedans, la lésion s'arrête dans la région où l'artère faciale contourne l'os. De ce côté, d'ailleurs, l'affection serait plus récente : elle ne remonterait pas à un an et demi.

Le reste de la barbe présente relativement peu d'altérations. Les « boutons » folliculaires paraissent s'essaimer, partant de la bordure du sycosis pour aller en s'atténuant en haut et en bas. Dans ces points d'ailleurs le tégument est érythémateux et forme une nappe rougeâtre à limites indécises de plusieurs centimètres de largeur. Le derme y présente encore un certain degré d'infiltration. Nous sommes là dans la zone d'extension progressive, dans des régions qui sont condamnées, de par la marche naturelle du processus, à subir à leur tour la transformation cicatricielle totale.

Plus loin quelques points de folliculites isolés sans importance. Rien dans la région des favoris. Rien au cuir chevelu en état de calvitie vulgaire dans les régions médianes. Rien dans la moustache. Pas de blépharite. Les autres régions velues du corps sont saines.

Cet homme nous dit être de bonne santé habituelle. Pas d'albumine urinaire. Il n'aurait pas eu la syphilis.

On a fait à ce malade, il y a dix mois, et dans un autre service, trois séances de radiothérapie, à gauche seulement. Il prétend n'en avoir tiré aucun bénéfice. Nous l'engageons à reprendre ce traitement avec plus de méthode et de suite. Il y paraît d'abord décidé, mais dans le cours de février on ne le revoit plus à la consultation. Nous n'avons pu savoir depuis ce qu'il était devenu.

Ce cas de sycosis lupoïde est remarquable par son état d'activité d'abord, et ensuite par la bilatéralité des lésions. Il est aussi remarquable par la netteté toute particulière des anneaux folliculaires, beaucoup plus caractérisés, par exemple, que dans le cas de MM. Danlos et Lévy-Frankel (1), ce qui n'était pas, au moins à un premier coup d'œil, pour faciliter le diagnostic.

Quant aux lésions élémentaires, à un examen un peu attentif, elles étaient facilement reconnaissables. Il s'agissait bien de pustules volumineuses péri-folliculaires, reposant sur un derme rouge et épaissi. Ces éléments sont, en somme, ceux du sycosis non trichophytique, avec un état inflammatoire du derme accompagné d'une infiltration assez prononcée.

Ce qui distingue cette affection, d'ailleurs rare, (1), du sycosis non parasitaire banal, c'est « sa tendance constante à une extension centrifuge régulière et à une atrophie totale du système pilo-sébacé. (L. Brocq) ». La cicatrice centrale qui en résulte est plus ou moins dure et épaisse, elle est assez rarement lisse et unie, comme dans notre cas, où on trouvait seulement à sa surface quelques nodules folliculaires inflammatoires, non encore complètement éteints. La plupart du temps, cette cicatrice présente de petits tractus fibreux, plus ou moins saillants et irréguliers. Quoiqu'il en soit, à mesure que la dermatose progresse, s'étend, le centre se dégage, offre plus de pustules nouvelles, se débarrasse de ses croûtes et de ses squames. Autour de ce centre où, nous le répétons, l'alopécie est définitive, on trouve une bordure, une couronne de tissu rouge, *criblé de folliculites* plus ou moins volumineuses. C'est au niveau de cette zone que la malaie progresse, gagne constamment du terrain, empiétant sans arrêt sur les régions velues.

Les lésions de sycosis lupoïde rentrent toujours dans ce type que nous venons de décrire. On y aurait pourtant observé, par exception, des productions bulleuses (2). Quant au nom choisi par M. Brocq, il a le grand avantage de rappeler les deux affections qui se rapprochent le plus au point de vue symptomatique de celle qui nous occupe.

Le diagnostic est à faire avec un certain nombre de dermatoses et, pour peu qu'on en ait déjà rencontré un cas, il peut être établi sans trop de difficultés. Il est à peine besoin de souligner ce qui sépare le sycosis lupoïde de l'acné décalvante de Laillier-Quinquand, pour autant que cette dernière affection puisse être observée à la barbe. Les pustules folliculaires y sont beaucoup plus rares et non agminées, les plaques alopéciques terminales sont fort irrégulières de forme et de contour. La pseudo-pelade de Brocq, qui d'ailleurs a aussi son siége au cuir chevelu, s'en distinguerait objectivement par la multiplicité et la petitesse des points d'attaque, l'irrégularité des bords et le manque de folliculites initiales. Dans les cas d'atrophie maculeuse circonscrite de la peau (vergetures rondes), il n'y a pas non plus d'antécédents nets de folliculites.

Le sycosis lupoïde diffère du lupus tuberculeux, avec lequel il peut présenter une grossière ressemblance, par sa tendance beaucoup plus grande à former dans son centre une nappe cicatricielle où on peut rencontrer encore quelques boutons inflammatoires folliculaires, mais où on ne trouve pas de nodule lupique transparent. L'état de la bordure, par la turgescence et l'inflammation pustuleuse de ses éléments, diffère aussi considérablement des lésions du lupus vulgaire, considérées au niveau de sa zone d'extension, alors même que des résultats croûteux masqueraient en partie les altérations sous-jacentes. Le sycosis lupoïde, de plus, se localise strictement aux régions velues. Ce dernier caractère le distingue aussi du lupus érythémateux fixe, qu'on ne peut citer que pour l'éliminer aussi, les folliculites pustuleuses ne se rencontrant pas dans cette dernière affection.

Le sycosis lupoïde peut être confondu avec les lésions syphilitiques tertiaires. Il s'en distinguera aussi par l'existence des pustules au niveau des zones périphériques et par sa limitation exclusive aux régions velues. Il s'en différenciera encore par l'absence de circinations « en arcades mauresques », dénonciatrices fréquentes de la présence du tréponème. On a cependant fait remarquer avec raison que le diagnostic est parfois difficile, « car il y a des cas mixtes, et le sycosis lupoïde qui se développe chez un ancien spécifique se complique parfois d'infiltrats syphilitiques. » On fera donc bien de songer à cette hybridité.

Le traitement le meilleur de cette variété bien particulière de sycosis est la radiothérapie (1). Faire tomber provisoirement tous les poils des régions atteintes amène la disparition des folliculites. L'infiltration des téguments et les autres symptômes ne tardent pas à s'atténuer et à disparaître à leur tour.

Si on ne peut avoir recours à ce procédé, on peut utiliser les lavages quotidiens à la liqueur de Van Swieten pure. Si cela n'est pas bien supporté, M. Brocq recommande les lotions d'alcool boriqué. On peut ensuite faire des applications d'emplâtre de Vigo, ou mieux d'emplâtre rouge de Vidal (minium et cinabre), moins irritant.

Les pommades soufrées fortes, ou encore des pulvérisations d'eaux sulfureuses, peuvent réussir. Certains points rebelles pourront être détruits avec la pointe fine du galvanocantère. On a préconisé aussi, pour assouplir le tissu de cicatrice « quand il est trop induré et par trop irrégulier », des scarifications linéaires quadrillées, hebdomadaires, faites assez profondément pour atteindre les limites du mal. (2).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Les pansements à l'éther

Par le Dr VERNIER (d'Hyères).

Dans notre thèse qui parut en 1907 sur le « Traitement des tuberculoses locales par l'éther » nous avons démontré avec une certaine évidence que l'éther devait être rangé parmi les modificateurs les plus puissants des lésions tuberculeuses accessibles et nous avons souligné vigoureusement, en tâchant de l'expliquer, son action d'arrêt remarquable sur le processus suppuratif.

Depuis lors, nous sommes demeuré fidèle à la méthode des pansements éthérés. Nous avons employé l'éther liquide ou gazeux, dans une foule de circonstances et toujours avec les mêmes avantages qu'une pratique, déjà longue, va nous permettre de fixer.

La valeur antiseptique de l'éther est indiscutable ; sous le pansement éthéré une plaie ne s'infecte pas et guérit dans le minimum de temps nécessaire à la réunion des tissus. Exemple : un enfant de 9 ans, jouant pieds nus dans la cour d'une ferme, heurte du pied droit une longue tige de fer, rouillée, du diamètre d'un crayon, qui se trouvait appuyée par une extrémité contre la murette d'une fosse à fumier. La violence du choc est telle que la tige de fer pénètre dans le pied, immédiatement en arrière de l'extrémité distale du premier métatarsien, traverse obliquement toute la masse des muscles plantaires, pour venir s'arrêter à quelques millimètres de la peau, vers la région moyenne du cinquième métartasien.

La tige de fer est retirée avec effort. Nous enveloppons le pied et le tiers inférieur de la

(1) Danlos et Lévy-Frankel. Sycosis lupoïde bilatéral. — *Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, janvier 1909.

(1) Ce cas est le second que nous ayions vu à la consultation de Saint-Raphaël. Le premier remonte à une quinzaine d'années, alors que nous étions élève du service. Il s'agissait d'un homme jeune, présentant à la joue gauche un sycosis lupoïde très étendu, dont le centre cicatriciel avait bien de 9 à 10 centimetres dans son grand diamètre.

(2) Schamberg. A case of lupoïd sycosis with bleb formations. *Trans. of the VIth Internat. Dermatol. Congress*. New-York, 1908.

(1) Hébert. Sycosis lupoïde : traitement radiothérapique ; guérison en deux mois. *Rev. Méd. de Normandie*, décembre 1908, p. 439.

(2) Soc. anat. clin. de Lille.

jambe dans une couche de coton hydrophile, recouverte d'un tissu imperméable et, par le bord supérieur du pansement légèrement soulevé, nous inondons le coton d'éther, en recommandant de répéter cette opération toutes les deux ou trois heures. Par précaution, nous faisons une injection de sérum antitétanique. Le pansement est enlevé le quatrième jour, il ne présente aucune trace de suppuration. La petite plaie est fermée, l'exploration du trajet par pression ne réveille aucune douleur et l'enfant peut marcher.

Un abcès quelconque, un panaris en évolution, peuvent avorter sous le pansement d'éther fait à temps. Un phlegmon constitué, le plus infect, le phlegmon de la joue et du cou d'origine dentaire, guérit en quelques jours, après simple ponction au bistouri, par des instillations d'éther quotidiennes poussées avec la seringue dans le foyer et sous pansement permanent à l'éther.

Exemple : (Observation prise en janvier 1909). — Mme S..., âgée de 36 ans, adéno-phlegmon sous-maxillaire d'origine dentaire, avec infiltration énorme de la joue et du cou. Simple ponction au bistouri pour permettre la pose d'un petit drain par lequel nous injectons, en quelques minutes, environ 15 cmc. d'éther. Le pus collecté est évacué par la seule force expansive des vapeurs dégagées dans l'abcès. Nous pansons avec des compresses d'éther sous imperméable et recommandons de verser dans le pansement, toutes les trois ou quatre heures, la valeur d'une cuillerée à soupe d'éther.

Même traitement les jours suivants, irrigation et pansement. Guérison en dix jours et cicatrice invisible.

L'éthérisation gazeuse, à distance, d'un foyer de suppuration est tout aussi efficace que le pansement immédiat à l'éther liquide. Il est possible de faire passer des torrents d'éther gazeux dans des cavités naturelles ou pathologiques pratiquement inaccessibles aux antiseptiques liquides ou pulvérulents, et cela sans créer des ouvertures, sans mutilations. Nous avons fait construire à cet usage une série de petits appareils très simples adaptés aux régions et aux organes ; éthérisateurs vaginal, uréthro-vésical, intestinal, etc.., qui sont susceptibles de porter et de retenir dans ces cavités l'éther à l'état gazeux, sous une tension aisément réglable par un dispositif permettant d'utiliser comme source de chaleur la température même du corps (1).

Chaque fois que la chose est possible, nous associons les deux procédés d'éthérisation. Liquide : en lavages, irrigations, pansements ; gazeux : par osmose à travers la peau et les muqueuses, à distance par les voies naturelles.

La tolérance des tissus pour l'éther gazeux est parfaite. Mais l'emploi de l'éther liquide pur impose des réserves, son application sur les muqueuses et sur les bourses est très douloureuse ; on doit l'éviter. La peau et les séreuses, par contre, supportent très bien le contact de l'éther liquide. Nous avons injecté très souvent des articulations sans aucun inconvénient, et les grands lavages du péritoine à l'éther pur ont pu être effectués sans danger.

Dans le maniement de l'éther, deux écueils sont à éviter : la surpression des vapeurs en cavité close qui détermine rapidement le sphacèle des tissus par compression et ischémie et les « petites doses » versées sur la peau, à l'air libre, qui peuvent occasionner des brûlures superficielles par réfrigération brusque.

Les brûlures sont impossibles avec les grosses doses. Si l'on a pu inonder le péritoine avec plus d'un litre d'éther la raison de cette tolérance est bien simple. La rapidité de l'évaporation étant fonction de la température ambiante, dès que des tissus se trouvent refroidis à 36°, point d'ébulition de l'éther, celui-ci peut conserver l'état liquide s'il est employé en quantité suffisante et l'évaporation se ralentit, limitée par le refroidissement même qu'on détermine. Les tissus ne cèdent de leur chaleur que la quantité nécessaire au passage à l'état gazeux très ralenti et leur refroidissement s'opère progressivement sans danger de brûlures.

Nous voulons rapporter aujourd'hui quelques observations très démonstratives de la haute valeur antiphlogistique et antisuppurative de l'éther et des résultats qu'on peut obtenir dans l'appendicite aiguë, la cholécystite calculeuse, les salpingo-ovarites et la pleuro-péritonite tuberculeuse, par la méthode des grands pansements à l'éther combinée avec l'éthérisation gazeuse, intestinale ou vaginale.

Obs. I. — *Salpingo-ovarite.* — Mme Hul., 28 ans. Opérée d'une salpingite droite par le Prof. Hartmann, en septembre 1911, vient à Hyères en convalescence. Au mois de décembre Mme Hul. est reprise de douleurs vives dans le bas-ventre avec maximum d'acuité dans la région ovarienne gauche. La température monte rapidement vers 39° et 40°. Le toucher révèle un empâtement douloureux dans le cul-de-sac vaginal gauche.

Dès le diagnostic posé nous prescrivons : vessie de glace en permanence, irrigations vaginales antiseptiques chaudes, désinfection de l'intestin, etc. Au bout de 5 ou 6 jours, les phénomènes généraux deviennent alarmants ; la température reste élevée, les vomissements, d'abord alimentaires, puis bileux, sont incessants ; l'abdomen météorisé est entièrement douloureux, la douleur dans la fosse iliaque est si vive que la palpation est impossible.

Au toucher, collection nettement fluctuante dans le cul-de-sac vaginal gauche et matrice bloquée par la pelvi-péritonite. Nous proposons une colpotomie qui est refusée. Nous ordonnons alors que de larges feuilles de coton imbibées d'éther soient maintenues en permanence sur le ventre et par-dessous la vessie de glace remplissant le rôle d'imperméable. Dès cet instant la situation change. Les vomissements s'arrêtent en moins de six heures, en 48 heures le météorisme a disparu et la douleur s'est localisée dans la fosse iliaque. Au bout de trois semaines la température est redevenue normale et la malade entre en convalescence. Nous l'avons suivie pendant cinq mois sans observer la moindre récidive.

Obs. II. — *Salpingo-ovarite.* — Mme D... âgée de 48 ans, nous fait appeler le 7 janvier 1913 pour trois abcès folliculaires siégeant sur les grandes lèvres, à gauche, que nous ouvrons au thermocautère. La malade nous rappelle huit jours plus tard. Elle accuse de la douleur dans la fosse iliaque gauche. A la palpation nous trouvons un empâtement douloureux et de la défense musculaire.

Au toucher, empâtement douloureux également dans le cul-de-sac vaginal gauche. Température 40°, céphalalgie intense, vomissements. Rapidement les phénomènes généraux s'aggravent bien que les abcès folliculaires cautérisés précocement soient en pleine voie de guérison.

Le diagnostic de salpingite avec pelvi-péritonite s'impose (la malade a été opérée quelques années auparavant pour une salpingite droite). Traitement : la glace est refusée, la malade nous affirme qu'elle ne l'a jamais supportée, mais elle accepte les pansements à l'éther. Une large feuille de coton hydrophile est appliqué sur le ventre, recouverte d'une toile imperméable et maintenue par un bandage de corps. Le pansement est ensuite inondé d'éther porté entre la toile imperméable et le coton au moyen d'une cuillère à soupe, et nous recommandons à la garde-malade de renouveler cette opération toutes les deux ou trois heurse, nuit et jour.

Pendant quinze jours, du 16 au 30 janvier, la température oscille aux environs de 39° ; du 30 janvier au 6 février, elle se tient entre 37°8 et 38°5, puis entre 37°4 et 37°5 jusqu'au 3 mars. A partir de ce moment la température ne s'élève plus. A l'examen on constate une tuméfaction presque indolore, ligneuse, très peu mobilisable, de la grosseur d'un œuf de poule. Les pansements de l'abdomen à l'éther sont supprimés et remplacés par l'éthérisation gazeuse vaginale, une séance de 3 heures chaque jour pendant un mois encore. Un nouvel examen est pratiqué, le cul-de sac vaginal gauche est absolument libre, la tumeur inflammatoire a disparu, partout la souplesse des tissus est normale.

Notre distingué confrère, le Dr Malartic, que nous avons appelé deux fois en consultation, avec prière d'intervenir, n'a pas cru devoir le faire pendant la période inflammatoire à cause des dangers qu'une opération pouvait faire courir à la malade. Un mois plus tard il jugeait toute intervention inutile et considérait la malade comme absolument guérie !

Voici donc un véritable phlegmon du ligament large qui nous donne l'impression d'une gravité exceptionnelle pendant un mois et qui guérit simplement sous des compresses d'éther et par l'éthérisation vaginale, sans autre traitement. L'observation est concluante. Elle affirme la haute valeur antiseptique et résolutive de l'éther.

Obs. III. — *Appendicite.* — Mme B..., âgée de 37 ans, nous fait appeler le 18 août 1912 ; elle a été prise pendant la nuit d'une douleur violente dans le côté droit de l'abdomen.

Nous constatons une vive sensibilité au point de Mac Burney avec défense de la paroi, température 38°5, pouls rapide, vomissements, céphalalgie. Traitement : diète hydrique et huile de ricin à doses filées : pansements éthérés en permanence sur la ventre et éthérisation gazeuse de l'intestin. Dès cet instant les vomissements cessent : au bout de six heures la douleur au niveau de l'appendice est énormément atténuée. La température tombe le troisième jour et la palpation ne réveille aucune douleur.

Nous conseillons à la malade de se soumettre pendant deux ou trois semaines à des séances quotidiennes d'éthérisation intestinale. La nécessité d'un voyage empêche Mme B. de suivre ce conseil et une nouvelle crise d'appendicite la surprend à Paris, cinq mois plus tard. La malade se souvient du traitement et conjure elle-même sa crise en deux jours par le simple pansement à l'éther.

Obs. IV. — *Appendicite.* — Le jeune Noël Ch., âgé de 14 ans, a déjà présenté deux crises d'appendicite. Il est pris d'une nouvelle attaque le 27 février 1913. Trois jours de constipa-

(1) Pour réaliser, par voie vaginale, l'éthérisation gazeuse de l'utérus et des annexes, nous employons un petit appareil qui se compose essentiellement d'un flacon plat en verre, d'une capacité de 15 à 20 cmc. muni d'une tétine sur laquelle vient se fixer un tube en caoutchouc d'une longueur de 20 cent. terminé par un entonnoir en feuille anglaise. Cet entonnoir, maintenu largement ouvert par un fort anneau en caoutchouc, constitue une sorte de pessaire membraneux destiné à écarter les parois vaginales et à coiffer le col de l'utérus.

Le pessaire membraneux enduit de vaseline, est introduit comme un pessaire ordinaire et le réservoir en verre, préalablement rempli de coton hydrophile imbibé d'éther, est fixé au tube qui apparaît à la vulve. Ce réservoir est alors maintenu au contact d'une cuisse de la malade par un tour de bande de Velpeau (quand la malade peut marcher, elle le place tout simplement dans son bas, au-dessus de la jarretière) et la chaleur du corps opère activement la transformation gazeuse de l'éther.

L'éthérisation gazeuse de l'intestin est réalisée d'une façon beaucoup plus simple, sans appareil spécial. Une sonde ordinaire en caoutchouc souple, enduite de vaseline, est introduite jusque dans l'ampoule rectale et le réservoir générateur d'éther gazeux (un flacon en verre quelconque) est fixé à l'autre extrémité de la sonde.

La chaleur du lit est toujours suffisante pour opérer la volatilisation de l'éther. Ce procédé, qui ne détermine aucune douleur ni aucune distension gazeuse de l'intestin, permet de porter les vapeurs d'éther directement jusqu'à l'appendice.

Nous tassons du coton dans le réservoir avant d'y introduire l'éther afin que celui-ci ne puisse en aucune façon se déverser à l'état liquide dans l'intestin ou le vagin, ce qui occasionnerait de violentes douleurs et même des brûlures sérieuses.

tion, puis brusquement : douleur très vive dans le côté droit du ventre, vomissements, céphalalgie, température 38°5. Appelé auprès du malade, nous constatons une sensibilité extrême à la pression au point de Mac Burney, avec défense douloureuse de la paroi qui fléchit la cuisse sur le bassin.

Traitement : Diète hydrique, huile de ricin, une cuillerée à café toutes les deux heures, pansement total de l'abdomen à l'éther et éthérisation de l'intestin. Les vomissements cessent aussitôt, le cours des matières se rétablit dans la journée, et le mal de tête disparaît. Le cinquième jour la fièvre tombe, il ne reste plus qu'un léger endolorissement dans la région appendiculaire.

L'alimentation est reprise avec prudence et le malade se lève le huitième jour complètement rétabli. L'éthérisation de l'intestin est encore continuée pendant une semaine, par séances de 3 heures chaque.

Obs. V. — *Angiocholécystite calculeuse.* — Mme C..., âgée de 36 ans, a déjà présenté deux crises d'angiocholécystite qui ont duré chacune plus d'un mois. Dans l'intervalle elle a subi l'opération de l'appendicite. Mme C., me fait appeler le 4 avril 1913. Elle éprouve depuis la veille des douleurs violentes dans la région de la vésicule biliaire irradiant plus particulièrement vers la région épigastrique et l'épaule droite. L'intolérance gastrique est absolue, la moindre gorgée d'eau provoque des vomissements de bile pure extraordinairement abondante. La température dépasse 39°. A l'examen nous constatons que tout l'abdomen est douloureux, mais avec un maximum d'intensité dans la région vésiculaire qui est le siège d'un empâtement diffus, en relief, sous la paroi en défense. Le foie est légèrement augmenté de volume.

Traitement : Pansement permanent à l'éther sur la région gastro-hépatique et éthérisation gazeuse par voie intestinale, une séance de 3 heures par jour. Pendant quatre jours la malade ne prend que quelques gorgées d'eau de Vichy glycérinée ; les vomissements de bile sont moins fréquents ; malgré trois injections d'argent colloïdal de 5 cmc., la température se maintient entre 39°5 et 40° avec état général alarmant. Le quatrième jour, la bile reprend son cours normal vers l'intestin, c'est une vraie débâcle ; dès cet instant les vomissements s'arrêtent, l'alimentation liquide devient possible, puis brusquement la fièvre tombe le neuvième jour, pour ne plus se relever. Le palper révèle encore une douleur très aiguë au niveau de la vésicule distendue et des douleurs vagues de courbature dans le voisinage. Pendant quelques jours encore le malade rend par l'intestin de la bile presque pure, puis tout rentre dans l'ordre après 18 jours de pansements à l'éther et d'éthérisation intestinale.

Obs. VI. — *Appendicite* — Mme S., âgée de 29 ans, nous fait appeler le 6 mai. Elle souffre depuis 24 heures d'une douleur aiguë dans le côté droit du ventre, avec vomissements bilieux. Au point de Mac Burney nous constatons un maximum douloureux très net, avec défense de la paroi. Le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal du côté de la matrice et des annexes, les culs-de sac sont libres. Le volume du foie est normal ; rien du côté de la vésicule biliaire. Constipation.

La température axillaire n'atteint pas 38°, mais le pouls est au-dessus de 120 et l'intolérance gastrique est absolue. Le diagnostic d'appendicite ne nous paraît pas douteux et nous prescrivons le pansement total et permanent de l'abdomen à l'éther et l'éthérisation directe de l'intestin, une séance de 3 heures par jour ; huile de ricin, une cuillerée à café toutes les deux heures, et eau de Vichy glycérinée comme boisson.

Le lendemain la malade est plus calme, les vomissements ont cessé, le cours des matières est rétabli mais la douleur, moins diffuse, est toujours vive au point de Mac Burney, le pouls est encore au-dessus de 100 avec température axillaire de 37°8.

Le cinquième jour tout est rentré dans l'ordre ; le ventre est souple, il ne reste plus qu'une sensibilité légère à la pression dans la région appendiculaire.

L'éthérisation intestinale est poursuivie seule pendant 8 jours encore.

Obs. VII. — *Pleuro-péritonite tuberculeuse.* — Alexandrine Roub., âgée de 17 ans, nous est présentée par sa mère le 13 mars 1912. La jeune fille nous raconte que, depuis un refroidissement, qui remonterait à un an, sa santé s'est progressivement altérée. Perte d'appétit, amaigrissement, diminution des forces, etc.

En décembre 1911, elle se décide à consulter son médecin parce que son ventre augmente de volume et qu'elle a de la diarrhée.

La diarrhée cesse au bout de deux mois, mais le ventre reste gros et des vomissements surviennent qui décident le médecin traitant à diriger la malade vers un chirurgien. Celui-ci examine la malade le 27 février 1912, et aurait demandé à la revoir un mois plus tard, nous n'avons pu connaître exactement son impression.

Au 13 mars l'état de la malade est le suivant : L'examen du ventre nous révèle dans la région hypogastrique une tumeur indolore assez semblable par son volume, sa position, sa forme et sa consistance à un utérus gravide au quatrième mois. Mais l'augmentation apparente du volume du foie, déterminé par percussion, nous fait découvrir un empâtement diffus dans la région sous-hépatique, et l'auscultation du thorax nous démontre à droite l'existence d'un léger épanchement pleural de la base, avec râles crépitants fins, superficiels, perceptibles jusque dans la fosse sous-épineuse. La température axillaire atteint 39°. Nous renvoyons la malade en lui conseillant de s'aliter immédiatement et de rappeler son médecin. Celui-ci nous fait demander en consultation le surlendemain et nous portons le diagnostic de pleuro-péritonite tuberculeuse avec pronostic sombre.

Comme traitement, nous prescrivons l'huile camphrée en piqûres et le Ferrier, avec tanin à la fois pour relever l'état général et combattre la diarrhée qui a reparu accompagnée de vomissements. Dix jours plus tard, le 25 mars, nous revoyons ensemble la malade. La fièvre, la diarrhée, les vomissements alimentaires persistent ; la faiblesse est extrême, augmentée encore par des sueurs profuses. En désespoir de cause nous proposons à notre confrère d'essayer le grand enveloppement du ventre dans un pansement à l'éther sous imperméable. Notre confrère, pour qui l'issue fatale ne fait aucun doute, se montre sceptique, mais, néanmoins, il accepte.

La malade reste un mois dans le pansement à l'éther. Au bout de quelques jours, la diarrhée et les vomissements s'arrêtent, l'appétit se réveille, les nuits deviennent bonnes ; puis progressivement la fièvre diminue pour disparaître en trois semaines. Dès cet instant la convalescence se décide, franchement. Le 24 avril, le pansement à l'éther est supprimé. Le ventre a retrouvé sa forme et à peu près un volume normal ; la palpation profonde ne révèle plus qu'un léger empâtement des plans profonds limité à la région utéro-vésicale. L'épanchement pleural a disparu ; quelques frottements secs sont encore perceptibles à la base. Il n'existe aucun trouble digestif, l'appétit est excellent.

Nous conseillons alors l'insolation totale du corps, pratiquée chaque jour, par séances de plus en plus longues. Nous revoyons la malade le 8 et le 16 mai ; le relèvement de l'état général s'accuse de plus en plus. La jeune fille commence à sortir ; elle nous paraît en pleine voie de guérison. Elle continue l'héliothérapie et le Ferrier. Nous observons cette jeune fille depuis un an, elle travaille et la guérison se maintient.

Obs. VIII. — *Pleuro-péritonite tuberculeuse.* — Mlle Del., âgée de 16 ans. La maladie aurait débuté dans les premiers jours de mars 1913 : amaigrissement progressif, lassitude générale avec maux de tête, fièvre légère, petite toux sèche, inappétence et troubles digestifs variés avec état douloureux du ventre. Le 8 avril la malade est vue en consultation à Paris, par les Dr Netter et Huguier, médecin traitant, qui portent le diagnostic de péritonite tuberculeuse avec épanchement pleurétique et conseillent le départ pour le Midi. Le 10 avril, entrée au Sanatorium Jean-Martin à Marseille ; mais la jeune malade n'y fait qu'un très court séjour. Le directeur de l'établissement devant une température qui oscille entre 38°7 et 39°2, déconseille le voisinage trop immédiat de la mer et envoie la malade à Hyères, où elle arrive le 27 avril. Nous sommes appelé auprès d'elle le 5 mai. Examen : submatité avec diminution des vibrations et du murmure vésiculaire dans la moitié inférieure du thorax, à droite ; le ventre, très distendu et légèrement douloureux à la palpation par place, a la forme d'un harillet ; submatité dans la région périombilicale et dans les flancs. Le traitement de Ferrier est institué et, comme traitement local, nous conseillons le grand pansement permanent de l'abdomen à l'éther sous imperméable et l'éthérisation gazeuse par voie rectale, une séance de deux à trois heures par jour. Ce traitement est continué pendant trois semaines. Dès les premiers jours l'amélioration se décide : retour de l'appétit, du sommeil et diminution notable du volume du ventre. Au bout de trois semaines le ventre a retrouvé son volume normal avec une sonorité égale partout ; plus de fièvre, l'état général est transformé. Nous permettons à la malade de se lever pendant quelques heures d'abord chaque jour. Actuellement elle peut faire d'assez longues promenades à pied, monter et descendre deux étages, plusieurs fois par jour, sans fatigue, ni douleur. Elle nous donne l'impression d'être absolument guérie, mais par prudence nous exigeons d'elle une séance quotidienne de deux heures d'éthérisation intestinale et des bains de soleil.

Ces quelques observations établissent suffisamment l'extraordinaire puissance d'arrêt exercée par l'éther sur l'évolution du processus suppuratif en général et son action remarquablement sédative sur l'élément « douleur ».

Il calme aussi bien que la glace ou l'opium, mais sans annihiler, au contraire, les fonctions organiques ni les phénomènes biologiques de défense. Le fait a son importance quand il s'agit d'immobiliser, par exemple, l'intestin. Sédatif de la douleur, il supprime les spasmes, les contractures musculaires d'ordre réflexe, mais l'organe, apaisé et non engourdi, réveillé au contraire dans son activité circulatoire, sanguine et lymphatique, aussi bien que dans ses fonctions glandulaires par les propriétés excito-stimulantes de l'éther, agent provocateur, se trouve exalté dans toutes ses forces de résistance, cellulaires et humorales.

Nous avons montré, à propos du traitement des tuberculoses locales, la « réaction séreuse » provoquée par l'éther dans une collection froide. Cette réaction séreuse, dont nous avons analysé les caractères et tâché de définir le rôle, nous paraît être la confirmation de ce pouvoir excitateur de l'éther vis-à-vis de tous les phénomènes naturels de la défense, augmentation de l'activité circulatoire locale et de la perméabilité des parois cellulaires, d'où activité plus grande aussi du milieu humoral enrichi par l'exagération des phénomènes de dialyse (1).

(1) *Journal de méd. et de chir. prat.*

REVUE DES INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Une grave nouvelle

Certaines indiscrétions, dont nous sommes désireux de faire profiter nos confrères, rapporte dans le *Concours Médical*, le Dr Fernand Decourt, nous ont permis de connaître quelques articles d'un projet de loi en préparation au ministère et concernant les rapports entre les médecins praticiens et leurs clients : indigents, mutualistes ou accidentés du travail.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'importance de ce projet qui, s'il est adopté, sera le *Code spécial du médecin français*. Voici tout d'abord certains passages de l'*Exposé des motifs* :

L'application des lois sociales fait apparaître chaque jour plus important le rôle dévolu aux médecins pour leur mise en œuvre.

S'il est légitime de tenir compte des services incontestables qu'ils rendent et de leur assurer une rémunération en rapport avec un labeur de plus en plus grand et une charge de plus en plus délicate, il est en même temps indispensable de ne pas perdre de vue que cette rémunération incombe soit à l'Assemblée des contribuables, soit à des participants dont il importe de ménager les ressources, soit à des chefs d'entreprise, dont ne peut accroître d'une façon excessive les frais généraux, sans nuire par cela même aux ouvriers et aux consommateurs (1).

Or, la loi du 9 avril 1898 nous a démontré, par son application, que ces frais généraux s'accroissent d'une façon excessive. Il est difficile, en effet, de ne pas être frappé du fait que, depuis que les *accidentés du travail* reçoivent des soins médicaux payés (tous obligatoirement et non quelquefois seulement comme autrefois) par les patrons, les honoraires que ceux-ci doivent payer annuellement aux médecins traitants se sont élevés de trois à vingt millions ! !

Il y a là manifestement une exagération de frais médicaux... et cette exagération se répercutera inéluctablement sur toutes nos lois sociales, le jour prochain où elles devront être mises complètement en application.....

... Pour les mettre complètement en application, il y aurait lieu de songer à inscrire à l'*Assistance médicale gratuite*, tout travailleur français n'ayant pas, soit par son travail, soit par ses modestes revenus personnels, un minimum de ressources annuelles de trois mille francs...

Les autres citoyens pourraient, devraient même au besoin, dans l'intérêt de la collectivité nationale, se faire tous inscrire, eux et leurs femmes, dans nos admirables *Sociétés de secours mutuels*, généreusement répandues dans tout le territoire : leurs enfants feraient naturellement partie des Sociétés mutuelles scolaires..,

... Dans le but de réduire ces frais médicaux exagérés, a été constituée, par le décret présidentiel du 30 juin 1913, une Commission spéciale chargée d'examiner dans leur ensemble les conditions de la participation du corps médical à l'application des lois sociales ».

... C'est le résultat des travaux de cette Commission que nous avons l'honneur de présenter aux Chambres dans le projet de loi suivant :

PROJET DE LOI

ARTICLE PREMIER. — Tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme, de nationalité française, devra être *agréé* par l'autorité pour pouvoir donner ses soins : 1° aux personnes inscrites sur les listes d'assistance médicale gratuite ; 2° aux ouvriers victimes d'accidents du travail ; 3° aux membres de Sociétés de secours mutuels d'adultes ou scolaires.

ART. 2. — Tout postulant à l'agrément de l'Etat devra fournir aux autorités les pièces suivantes :

a) Un extrait de naissance ;

b) Un diplôme de docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme ;

c) Un extrait de casier judiciaire ;

d) Un certificat de bonnes vie et mœurs ;

e) Un certificat de civisme attestant qu'il n'a jamais dit ou écrit un mot contre l'autorité ou l'un de ses représentants.

ART. 3. — Les postulants de nationalité étrangère pourront être agréés par l'autorité sans fournir les pièces énumérées à l'art. 2 s'ils présentent des équivalences suffisantes, ainsi qu'il en est déjà lors de la prise de leur première inscription dans les Ecoles de médecine,

ART. 4. — Tout agréé devra répondre, de jour et de nuit, au premier appel de tout requérant indigent, accidenté ou mutualiste ou de tout membre de sa famille, lui donner les soins nécessaires, et en surveiller l'application, sous sa responsabilité, ainsi que lui rendre les menus services dont un malade peut avoir besoin.

ART. 5. — Tout agréé dans l'évaluation des honoraires qui lui sont dus légitimement, aura le libre choix entre deux modalités forfaitaires : au temps ou à la maladie.

Dans le premier mode, cette évaluation aura comme base préfixe l'année, mais pourra se faire par subdivision, au mois, à la quinzaine, à la semaine ou à la journée, suivant le temps pendant lequel l'agréé aura été considéré comme médecin traitant, d'après le choix fait par les trois catégories de personnes désignées à l'article premier.

Dans le deuxième mode, l'évaluation aura pour base préfixe le degré de gravité de la maladie ou de la blessure, mais pourra se faire, par subdivision, au prorata du nombre des agréés appelés, en cas de pluralité de médecins successivement choisis.

ART. 6. — Un règlement d'administration publique fixera les tarifs des honoraires médicaux, auxquels auront droit les agréés suivant le mode d'évaluation adoptés par eux.

ART. 7. — Tout agréé qui sera l'objet d'une plainte de la part d'une des personnes soignées par lui devra passer devant un conseil de discipline sanitaire local présidé par le juge de paix du canton et composé du maire, de deux conseillers municipaux, d'un patron, d'un président de société de secours mutuels, d'un agent d'assurance et du garde-champêtre ou de l'appariteur de la commune de résidence du plaignant.

ART. 8. — L'agréé, le plaignant ou le ministère public pourront faire appel de la décision du conseil de discipline sanitaire local devant un conseil de discipline sanitaire départemental présidé par un conseiller à la Cour d'appel (1) et composé d'un sénateur, d'un député, d'un conseiller général, d'un président de Société de Secours mutuels, d'un représentant de patrons, d'un représentant de Compagnie d'assurance et d'un médecin fonctionnaire civil ou militaire.

ART. 9. — Les membres du jury local seront désignés par le sous-préfet ; ceux du jury départemental, par le préfet.

ART. 10. — Les peines infligées à tout agréé convaincu d'avoir manqué à ses obligations professionnelles seront :

1° Le blâme ;

2° La censure ;

3° L'exclusion de la liste des agréés ;

4° Une amende de cent à cinq mille francs ;

5° Un emprisonnement de cinq jours à un an, pouvant se cumuler avec l'amende ;

6° Accessoirement, l'interdiction temporaire ou à perpétuité de l'exercice de la médecine.

Ces trois dernières peines ne pourront être infligées que par le président du Conseil de discipline sanitaire départemental, conseiller à la cour d'appel, jugeant contradictoirement et en dernier ressort.

ART. 11. —.... (1).

. . . .

QUELQUES EXTRAITS DU PROJET DE RÈGLEMENT D'ADMINISTRATION PUBLIQUE

ART. 9. — Les agréés ayant choisi le mode de rémunération dit au temps (article 5 de la même loi, seront payés *par inscrit* d'après une base préfixe annuelle ainsi fixée : à Paris, deux francs ; dans les villes au-dessus de 5.000 habitants, un franc cinquante ; dans les autres communes, un franc. Une journée sera comptée, pour un trois cent soixantième.

Toutefois, pour frais de transport justifié il pourra être alloué une somme globale et forfaitaire d'un franc par an.

ART. 10. — Les agréés, ayant choisi le mode de rémunération dit : à la maladie, seront payés d'après les barèmes A et B concernant : le barème A le tarif forfaitaire des maladies, le barème B le tarif forfaitaire des blessures.

Barème A

	Fr.
Fièvre typhoïde	32 45
Fièvre muqueuse	21 60
Pleurésie	19 80
Pneumonie	21 05
Grippe	9 90
Bronchite	8 75
Angine diphtérique	8 15
Fièvres éruptives	4 90
Angine pultacée	2 45
Embarras gastrique	1 95

(1) Il est à remarquer que ces deux alinéas ont déjà paru, *mot pour mot*, dans un rapport au Président de la République (du 30 juin 1913), sous la signature du ministre du Travail, Henry Chéron.

(1) Probablement par analogie avec les Conseils de guerre.

CARNET DU PRATICIEN

Contre la chorée

Enfant de 8 à 12 ans, donner, trois fois par jour, après les repas, une cuillerée à soupe de la préparation :

Teinture de capsicum	1,5	cc.
Liqueur d'arséniate de potasse	15 à 18	—
Extrait fluide de Glycyrrhiza	15	—
Eau chloroformée	180	—
Eau distillée ... Q.s.p.	390	—

Continuer cette médication pendant trois à cinq semaines. (GORDON SHARP.)

Contre les démangeaisons de l'eczéma de l'oreille

Poudre de talc	25 grammes
Poudre d'oxyde de zinc	5 —

Pour saupoudrer la région malade plusieurs fois par jour.

Glycérolé contre les fissures.

Oxyde de zinc	4 grammes
Amidon	8 —
Glycérine	16 —

Mêler. (ROLLET.)

Contre la dyspepsie.

Prescrire à chacun des deux principaux repas un des cachets suivants :

Papaïne	0 gr. 10
Sulfate de quinine	0 gr. 10
Salycil. de soude	0 gr. 10
Orthoforme	0 gr. 10
Poudre de rhubarbe	0 gr. 10

(prendre un cachet).

(1) Il nous a été impossible de nous procurer les autres articles de la loi.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE

Un grand nombre d'accidents morbides dont la cause paraît ignorée, sont dus à un état de constipation habituel.

TROUSSEAU.

— Tout agent purgatif détermine artificiellement une entérite, c'est-à-dire une inflammation superficielle de la muqueuse avec exsudation de liquide.

Profr ARNOZAN.

CONSTIPATION — ENTÉRITES

Rééducation de l'Intestin

COMMUNICATION A
L'ACADÉMIE DES SCIENCES DE PARIS

. . . .

J'ai recherché, ces derniers mois, quelle était la méthode la plus rationnelle à employer tant vis-à-vis des constipés que des entérités. Pour moi, ces malades ont un intestin *désorienté* qu'il importe de rééduquer. Ce sont les résultats de cette *rééducation de l'intestin* que j'apporte ici. Je fait prendre tous les soirs à mes malades, et suivant les tempéraments, 1 à 3 comprimés de Jubol: comprimés d'agar-agar, d'extraits biliaires et d'extraits complets de toutes les glandes intestinales.

. . . .

Cette rééducation de l'intestin a les effets les meilleurs dans les cas d'entérites. Dans une vingtaine de cas nous avons vu les malades guérir complètement avec disparition des douleurs, des glaires dans les selles et des diarrhées tenaces.

JUBOL

COMMUNICATION A
L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

. . . .

Grâce à l'usage régulier du Jubol, les entérites chroniques les plus caractérisées et les plus rebelles ne tardent pas, d'abord à s'améliorer, puis à guérir de façon complète. Au bout de quelques semaines, les symptômes s'amendent et nous avons obtenu de nombreux cas de guérison complète.

. . . .

En général, la cure complète par le Jubol, véritable cure de rééducation de l'intestin, dure six mois. Elle est, le plus souvent définitive, et dans les rares cas où il se produit une rechute, la reprise du traitement (qui peut, du reste, être poursuivi un temps indéfini sans le moindre inconvénient), en a raison rapidement. C'est là un traitement très rationnel et très efficace, appelé à devenir le médicament type de l'entérite chronique.

Le JUBOL forme éponge dans l'intestin, prenant 16 fois son volume d'eau - - - - - - - - -

Il supplée au fonctionnement insuffisant des glandes intestinales parésiées et a une action excito-motrice sur la tunique musculaire de l'intestin - -

GRANDS PRIX
EXPOSITIONS DE
NANCY ET DE QUITO 1909



Seul le Jubol RÉÉDUQUE L'INTESTIN

par sa composition spéciale

1° Agar-Agar . . . .
2° Extraits biliaires . . . .
3° Extraits complets de toutes les glandes de l'intestin . . . . . .

ÉCHANTILLONS
Laboratoires : 207, Boulevard Pereire
PARIS

1 à 3 comprimés
le Soir en se couchant jusqu'à guérison
Avaler sans croquer

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et l'Italie

PAR LE MONT-CENIS

ALLER (départ de Paris) : 2 h. 30 soir, V.-L. ; L.-S. ; 1re et 2e classes jusqu'à Turin.

ALLER : 10 h. 30 soir, V.-L. ; 1re et 2e jusqu'à Rome. L.-S. jusqu'à Modane.

RETOUR (départ de Rome) : 9 h. 15 soir, V.-L. ; 1re et 2e classes depnis Turin ; L.-S. ; 1re classe, depuis Modane.

RETOUR : 8 henres matin, V.-L. ; L.-S. ; 1re et 2e classes depuis Turin ; V.-R. depnis Dijon.

RETOUR : 2 h. 40 soir, 1re et 2e classes depnis Rome.

De Paris à Gnernesey et vice-versa : Billets valables par Granville et billets simples valables sept jours : 1re cl. 51,75, 2e cl. 34,90, 3e cl. 26,15 ; billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 70,40, 2e cl. 47,25, 3e cl. 36 ; Billets valables par Granville et Saint-Malo, permettant d'effectner l'excursion dn Mont Saint-Michel comprise dans le prix du billet (itinéraire : Paris-Granville, Jersey, Guernesey, Saint-Malo, Pontorson, Mont Saint-Michel, Paris ou inversement) : billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 84,35, 2e cl. 56,10, 3e cl. 43,70 ; billets valables par Cherbourg et Aurigny et billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 81,40, 2e cl. 57,40, 3e cl. 41,75.

Durée de validité : 30 jours (non compris le jour du départ) avec facnlté de prolongation.

Les billets du parcours additionnel ci-dessus penvent être demandés, soit au commencement du voyage, en même temps qne le billet circulaire, soit à Tonlouse-Matabiau, au moment dn passage dans cette gare.

CHEMINS DE FER DU MIDI

BILLETS DE FAMILLE POUR LES STATIONS THERMALES et Balnéaires des Pyrénées

Billets délivrés toute l'année dans les gares des réseaux du Nord (Paris-Nord excepté), de l'Etat, d'Orléans, du Midi et de Paris-Lyon-Méditerranée suivant l'itinéraire choisi par le voyageur et avec les rédnctions suivantes snr les prix du tarif général pour nn parcours (aller et retour compris) d'an moins 300 kilomètres : Ponr une famille de deux personnes 20 0/0 ; de trois personnes, 25 0/0 ; de qnatre personnes, 30 0/0 ; de cinq personnes, 35 0/0 ; de six personnes ou plus, 40 0/0.

Exceptionnellement pour les parcours empruntant le réseau de Paris-Lyon-Méditerranée, les billets ne sont délivrés qu'aux familles d'au moins quatre personnes et le prix s'obtient en ajoutant au prix de six billets simples ordinaires, le prix d'un de ces billets pour chaque membre de la famille en plns de trois.

Durée : 33 jours, non compris les jours de départ et de l'arrivée.

Faculté de prolongation moyennant supplément de 10 0/0.

Avis. — Un livret indiquant en detail les conditions dans lesquelles peuvent être effectués les divers voyages d'excursions de famille, etc., sera envoyé gratuitement à toute personne qni fera parvenir la demande au Service commercial de la Compagnie, 54, boulevard Haussmann, à Paris (9e arrondissement), le montant du livret, soit 0 fr. 25.

CHEMINS DE FER D'ORLÉANS

VOYAGES DANS LES PYRENEES

TARIF G. V. no 105 (ORLÉANS)

La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des Billets d'excursions comportant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter le Centre de la France et les Stations halnéaires des Pyrénées et du Golfe de Gascogne.

1er ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 164 fr. 50, 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de-Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Pnyôo-Bayonne Dax, ou Puyôo-Dax, Bordeaux, Paris.

2e ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 163 fr. 50 ; 2e cl. 122 fr. 50. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).

3e ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 164 fr. 50 ; 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne-Puyôo-Pau ou Pnyôo-Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Tonlonse (1), Paris (viâ Montanban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).

VARIÉTÉS

La Culture des Plantes médicinales

M. le Dr Chevalier donne dans les *Nouveaux Remèdes* des détails intéressants sur une vaste culture de plantes médicinales qu'il dirige à Houdan.

La culture des plantes médicinales a eu de la peine à se développer parce que médecins et pharmaciens sont toujours restés sous l'influence de cette idée, que la culture des plantes médicinales leur faisait perdre tout ou partie de leur activité. A vrai dire, ils n'avaient pas tout à fait tort, car les quelques essais qui avaient été tentés n'étaient pas encourageants comme résultats : les paysans avaient planté sans aucune précaution, sans s'être rendu compte des besoins de la plante et le plus souvent les résultats avaient été mauvais parce que la plante avait été placée dans des conditions pour ainsi dire pathologiques de croissance.

Cultivées dans des conditions favorables, les plantes médicinales voient au contraire leurs propriétés souvent accrues.

Le champ de culture en question augmente d'année en année et atteint maintenant plus de 100 hectares et la production est insuffisante pour la demande.

A Houdan, dit M. Chevalier, nous cultivons spécialement : belladone, datura, jusquiame, aconit, ciguë, colchique, muguet, chanvre indien, asarum, galega, angélique, carvi, persil, coriandre, rue, menthe, lavande, thym, hysope, mélisse, sauge, camomille, laitue vireuse, armoise, absinthe, aurone, tanaisie, saponaire, balsamine, roses de Provins, laurier-cerise, cassis, valériane et nous avons fait des essais suivis sur la digitale, l'hydrastis canadensis et quelques autres plantes moins importantes : tagetes, ageratum, sojas, glaucium, lobelia, caltha edulis.

Les résultats obtenus jusqu'à présent nous permettent d'espérer l'extension de ces cultures à de nouvelles espèces et l'acclimatation de quelques drogues exotiques, originaires surtout de l'Amérique du Nord.

L'existence prospère de cette exploitation montre que l'on peut pratiquement réaliser, avec des résultats financiers satisfaisants, la culture des plantes médicinales et nous voulons profiter de ce que cette question est à l'ordre du jour au prochain Congrès international de Pharmacie pour énoncer les résultats que nous avons obtenus en France à côté de ceux du regretté Mittlacher en Autriche, de Bornemann aux Etats-Unis, de Wellcome en Angleterre, etc. Nous serons heureux si notre exemple peut être suivi dans notre pays, car nous sommes encore fortement tributaire de l'étranger pour une foule de drogues que nous pourrions produire avantageusement étant données la richesse et la variété de constitution de notre sol et le climat dont nous jouissons.

Les recherches poursuivies dans ces dernières années montrent que toutes les plantes médicinales peuvent être pratiquement cultivées et fournir une drogue active au point de vue thérapeutique, à la condition que le climat et la constitution chimique du terrain s'y prêtent.

Cette question de terrain est primordiale et c'est surtout l'inconnaissance de ce facteur qui a fait échouer les premières tentatives et qui a donné naissance à cette opinion que les plantes sauvages étaient plus actives que les plantes cultivées.

C'est ainsi que l'on sait que pour la digitale un terrain acide est indispensable et que les plantes qui croissent en terrain calcaire ne contiennent que des traces de digitaline cristallisée, mais renferment de la digitaléine et de la digitomine ; nous avons pu constater nous-même que les hydrastis ne poussaient convenablement que dans un terrain exempt de chaux ; c'est l'ignorance de cette condition qui a fait échouer les premiers essais de culture dans nos contrées.

Il est donc important d'examiner soigneusement la constitution des terrains sur lesquels poussent les plantes sauvages que l'on veut cultiver et il est également utile de faire l'analyse des cendres des drogues reconnues actives pour se rendre compte de la composition minérale de leurs tissus. On recueillera ainsi de précieuses indications qui permettront d'orienter rapidement les expériences de culture.

ÉCHOS

La question des dents.

Une exposition dentaire se tient en ce moment à Londres.

Parmi les 100.000 dents de toutes formes qui sont exposées, l'attention est attirée tout à coup par une collection de dents, noires comme du jais. Le préposé à ce rayon vous apprendra, si vous le lui demandez, que ces dents sont destinées à l'exportation et qu'une grande demande en est faite aux Indes, en Chine, en Indo-Chine, au Siam et dans toutes les contrées où l'on a l'habitude de laquer les dents.

Plus loin dans l'exposition, on découvre avec étonnement des séries de dents dont la couleur varie depuis le café au lait clair jusqu'au chocolat foncé. Ces dents sont à l'usage des fumeurs qui choisissent, quand ils en ont besoin, des dents dont la couleur se marie ou se confond avec celle des dents qui leur appartiennent en propre ; elles sont, dit l'employé, envoyées dans les différents ports de la Russie d'Asie et de l'Europe ; l'Anglais, ajoute-t-il, ne se sert que de la dent *jaune pâle.*

Voici maintenant une énorme quantité de dents blanches ; il n'y a rien d'extraordinaire ici, si ce n'est la déclaration de l'employé, qui assure, sans sourciller, que les petites dents courtes sont pour l'Angleterre et le nord de l'Europe, tandis que les longues trouvent leur placement au long des côtes de la Méditerranée !

Réunion internationale de thalassothérapie.

Au mois d'avril 1914, aura lieu à Cannes une « Réunion internationale de Thalassothérapie » sous la présidence d'honneur de S. A. S. le prince de Monaco.

Cette réunion, qui aura pour président M. le docteur d'Arsonval, professeur au collège de France, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, et pour vice-président M. le docteur Faisans, médecin de l'hôpital Beaujon, sera exclusivement consacrée à l'étude de l'Héliothérapie marine.

Les sujets de rapports proposés par le Comité d'organisation et de patronage scientifique sont les suivants :

1o De la nature des radiations solaires au niveau de la mer et des moyens de les mesurer.

2o L'actinométrie et la climatologie dans leurs rapports avec l'héliothérapie marine.

3o Action physiologique de l'héliothérapie marine sur la nutrition.

4o Posologie de l'héliothérapie marine.

5o De l'héliothérapie marine dans les tuberculoses chirurgicales et cutanées.

6o De l'héliothérapie marine dans les tuberculoses pleuro-pulmonaires et adénomédiastines.

7o De l'héliothérapie marine dans les tuberculoses abdominales.

8o De l'héliothérapie marine dans les affections non tuberculeuses.

Une note ultérieure fera connaître tous les renseignements concernant l'organisation de cette « Réunion ».

Certificat médical et mariage

La Fédération allemande des monistes vient d'adresser une pétition au Reichstag allemand, pour réclamer des modifications à introduire dans la loi du 6 février 1875, concernant les conditions à remplir par les personnes en instance de mariage, dans l'empire allemand. Une de ces modifications se rapporte à l'obligation, à imposer aux futurs conjoints de produire un certificat délivré par un médecin en exercice et datant de six mois au plus. Ce certificat devra attester qu'il n'existe aucun motif de craindre que l'union projetée puisse nuire à la santé de l'un des conjoints ou à la descendance.

La mortalité infantile dans la ville champêtre de Letchworth

La ville de Letchworth, en Angleterre, de création relativement récente, constitue une cité unique en son genre ; toutes ses maisons, construites sur le modèle des habitations champêtres, sont entourées de jardins. Or, au cours de l'année 1910, la mortalité des enfants du premier âge n'a pas dépassé le chiffre de 54,5 pour 1.000 contre 144 pour 1.000 à Londres et 145 pour 1.000, moyenne relevée dans les 25 cités les plus populeuses d'Angleterre, 206 à Berlin (en 1905), 288 à Chemnitz, ville industrielle d'Allemagne.

Un des faubourgs de Londres, Hamptsead, qui ne compte également que des maisons entourées de jardins, est presque aussi favorisé que Letchworth sous le rapport de la résistance des enfants du premier âge aux influences léthifères ; le taux de la mortalité des enfants au-dessous de un an ne dépasse pas 66 pour 1.000.

Dans les Balkans.

Voici le total des pertes en hommes et en argent des deux guerres balkaniques.

Première guerre :

Bulgarie : 350,000 soldats mobilisés, 80,000 morts en guerre et de maladie ; un milliard et demi de pertes de richesse.

Serbie : 250,000 soldats mobilisés, 30,000 morts en guerre et de maladie ; 800 millions de pertes de richesse.

Grèce : 150,000 soldats mobilisés, 10,000 morts ; 350 millions perdus.

Monténégro : 30,000 soldats, 8,000 morts ; 20 millions perdus.

Turquie : 450,000 soldats ; 100,000 morts ; 2 milliards perdus.

Deuxième guerre :

Bulgarie : 300,000 soldats ; 60,000 morts ; 900 millions perdus.

Serbie : 200,000 soldats ; 40,000 morts ; 500 millions perdus.

Grèce : 120.000 soldats ; 30,000 morts ; 250 millions perdus.

Monténégro : 20,000 soldats.

A ces chiffres, il faut ajouter les personnes massacrées, les richesses perdues à la suite des incendies, les victimes du choléra, etc.

On arrive ainsi à un chiffre total de presque 400,000 victimes et de près de 6 milliards et demi de francs perdus.

Le contrôle du lait aux Etats-Unis

Chez nous, le contrôle du lait se fait par l'analyse chimique, et ce que l'on surveille surtout c'est la composition du lait mis en vente. Ce moyen de protection de la santé publique parait assez médiocre, puisqu'on sait bien aujourd'hui qu'un lait est surtout dangereux par les microbes qu'il peut véhiculer.

Aux Etats-Unis, il en va tout autrement, car on y inspecte beaucoup moins le lait que les fermes qui le produisent.

Si la ferme est mal tenue, si les locaux sont insuffisants et mal aérés, si l'eau employée est contaminée, si les vaches sont mal soignées, mal nourries et surtout malades, si les garçons laitiers sont malpropres, si le lait parvient au consommateur chargé de microbes, l'autorisation de vendre du lait en ville est retirée au fermier.

Le point de départ des enquêtes faites dans les fermes est la numération des microbes du lait mis en vente. Lorsque le service d'inspection prélève chez un commerçant de la ville ou à l'arrivée en gare, un lait dont la teneur en microbes dépasse la moyenne, il s'informe de la ferme qui l'a produit, et, après l'avoir inspectée, il lui fait retirer, s'il y a lieu, l'autorisation de vendre.

Cet inspecteur a d'ailleurs une mission d'éducateur hygiéniste précieuse ; car il doit donner au laitier défaillant les conseils qui lui permettront de produire un lait moins chargé en bactéries, et d'obtenir à nouveau son permis.

Concurrence princière.

Les médecins de Munich se plaignent amèrement de la concurrence que leur fait le prince Louis-Ferdinand, cousin du prince régent, en exerçant gratuitement la médecine.

Sa clientèle augmentant de jour en jour, le prince se vit bientôt dans l'impossibilité de recevoir dans son palais et il dut faire installer une salle de consultation à l'Université.

Les médecins de Munich se plaignent de cette concurrence déloyale et ils vont faire une démarche auprès du prince régnant pour qu'il empêche son cousin de continuer à exercer la médecine.

84e Année (Série XIIIe) — N° 217 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 1er Octobre 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830 paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Deux-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 1er Octobre 1913

ÉCHOS

M. Poincaré dans les hôpitaux de Bordeaux.

M. Poincaré a été reçu dans la grande cour de l'hôpital du Tondu par M. Cazalet, administrateur de l'hôpital, délégué de la commission des hospices, qui lui souhaita la bienvenue.

« Il m'est très agréable, dit M. Poincaré, de visiter « ce magnifique hôpital et cette belle école « d'infirmières. Je sais que ces nobles femmes sont « dignes de leurs compagnes parisiennes et avec quel « dévouement, quel désintéressement elles remplissent leurs fonctions si délicates et si élevées.

« Je suis heureux de leur adresser, au nom du « gouvernement de la République, mes plus vives, « mes plus cordiales félicitations. »

Une décision de M. Claveille.

M. Claveille vient de défendre aux économats, aux buffets et buvettes du réseau de l'Etat de vendre de l'alcool ou des boissons alcoolisées aux employés, ouvriers ou fonctionnaires. Voici un passage de la circulaire portant cette interdiction :

« Le personnel dirigeant, dit la note administrative, devra exercer une surveillance de tous les instants afin d'empêcher les agents et ouvriers de sortir de l'enceinte du chemin de fer et aussi d'aller aux buffets et buvettes pendant tout le temps de service qu'ils doivent au réseau. Il doit veiller également à ce qu'aucune boisson alcoolisée ne soit introduite dans l'enceinte du chemin de fer. Enfin il appartient à tous les chefs détenteurs d'une part d'autorité, si petite soit-elle, d'être pour eux-mêmes, au point de vue tempérance et fréquentation des cafés et buvettes, d'une sévérité telle qu'ils soient pour le personnel placé sous leurs ordres un exemple permanent de dignité et de réserve. »

M. Claveille interdit même les réunions au café à l'occasion des promotions ou des départs. « Ces petites fêtes, dit-il, constitueraient des fautes graves qui seraient punies avec la dernière rigueur. »

L'alcoolisme dans le Morbihan.

Le conseil général du Morbihan vient d'adopter un arrêté préfectoral sur la limitation des débits de boissons. Dans le département il y a 68.055 débits de boisson, soit un débit par vingt électeurs. Les quatre cinquièmes des aliénés de l'asile de Lesvellec sont des alcooliques : ils coûtent trois cent mille francs par an au département.

Un crédit est voté par le conseil général au profit des sociétés antialcooliques pour l'apposition d'affiches dans les communes. Le conseil, par surcroît, a exprimé le vœu que le Parlement prenne des mesures énergiques pour combattre l'alcoolisme et notamment prononce la fermeture des débits de boissons après un certain nombre de contraventions.

La Blennorrhagie du Cardinal de Retz

Les *Mémoires* du cardinal de Retz sont dédiés à Mme de Caumartin.

Voici leur première phrase :

Madame, écrit le cardinal, *quelque répugnance que je puisse avoir à vous donner l'histoire de ma vie, qui a été agitée de tant d'aventures différentes, néanmoins, comme vous me l'avez demandé, je vous obéis même aux dépens de ma réputation.*

Il tint scrupuleusement sa promesse ; il raconta ses aventures amoureuses et les désagréments qu'elles lui causèrent, notamment l'histoire d'une blennoragie, que M. de Brissac aurait intentionnellement donnée à sa femme, et que celle-ci aurait non moins intentionnellement transmise au cardinal.

Nous reproduisons le passage des *Mémoires* qui a trait à cet incident de la vie d'un prince de l'Eglise. Les détails de ce récit sont si pleins de saveur, que nous ne voulons rien retrancher.

« Je prêchai, le jour de Noël, dans Saint-Germain-l'Auxerrois. J'y traitai particulièrement « ce qui regarde la charité chrétienne. Toutes les « bonnes femmes pleurèrent, en faisant réflexion « sur l'injustice de la persécution que l'on faisait « à un archevêque, qui n'avait que de la tendresse pour ses propres ennemis. Je connus, au « sortir de la chaire, par les bénédictions qui me « furent données, que je ne m'étais pas trompé « dans la pensée que j'avais eue que ce sermon « ferait bon effet. Il fut incroyable et il passa de « bien loin mon imagination.

« Il arriva, à propos de ce sermon, un incident « très ridicule pour moi, mais dont je ne puis « m'empêcher de vous rendre compte, pour avoir « la satisfaction de n'avoir rien omis.

« Mme de Brissac, qui était revenue depuis « trois ou quatre mois à Paris, avait une petite « incommodité que Monsieur son mari lui avait « communiquée à dessein, à ce qu'elle m'a dit, et « par la haine qu'il avait pour elle. Je crois, sans « raillerie, que par le même principe, elle résolut « de m'en faire part. Je ne la cherchais nullement ; « elle me rechercha, je ne fus pas cruel. Je « m'aperçus que j'eusse mieux fait de l'être. « Mon médecin ordinaire se trouvant par malheur « à l'extrémité, et un chirurgien domestique que « j'avais venant de sortir de chez moi, parce qu'il « avait tué un homme, je crus que je ne pouvais « mieux m'adresser qu'au marquis de Noirmoutiers, qui était mon ami intime, et qui en « avait un très bon et très affidé ; et quoique « que je le connusse assez pour n'être pas secret, « je ne pus m'imaginer qu'il pût être capable de « ne l'être pas en cette occasion.

« Comme je sortais de chaire, Mlle de Chevreuse « dit : « Voilà un bon sermon. » Noirmoutiers, « qui était près d'elle, lui répondit : « Vous le « trouveriez bien plus beau, si vous saviez qu'il « est si malade à l'heure qu'il est, qu'un autre « que lui ne pourrait pas seulement ouvrir la « bouche. « Il lui fit entendre la maladie à laquelle « j'avais été obligé, l'avant-veille, parlant à elle-« même, de donner un autre tour. Vous pouvez « juger du bel effet que cette indiscrétion, ou « plutôt cette trahison produisit. »

Le cardinal tenait de sa famille un tempérament amoureux, qui fut cause de mésaventures analogues. Voici en quels termes Tallement des Réaux parle de son oncle Jean-François de Gondi, premier archevêque de Paris :

« Il a toujours vécu licencieusement, pour ce « qui est des femmes... il avait une fine v... qui « le rongeait (1). »

Beutru a la même opinion sur les mœurs de l'archevêque. A propos d'une chapelle, que ce prélat avait dédiée à une sainte :

« Je ne croyais pas, écrit-il, qu'elle dût être « dédiée à une autre qu'à sainte Reine (qu'on « invoquait contre les maladies galantes) (2). »

Le cardinal de Retz était donc le digne neveu de son oncle, son digne coadjuteur. Ses confessions le montrent avec évidence.

Il fut éloquent en parlant de la charité chrétienne, il l'eût été davantage en parlant de la chasteté : de cuisants remords eussent excité sa chaude parole et il eût provoqué un flux de larmes, chez les bonnes femmes qui écoutaient religieusement, dans Saint-Germain-l'Auxerrois, le jour de Noël, le sermon de leur pieux évêque.

(La Chronique Médicale.)

(1) Voici le texte tel que nous l'extrayons d'une édition non expurgée, des Historiettes : « Nonobstant la fine v... qui le rongeait, il n'a pas laissé de vivre assez longtemps. Depuis quelques années, la vice l'avait quitté absolument ; il n'y avait plus moyen de rire ». Historiette de TALLEMENT DES RÉAUX, édition Monmerqué, de Chateangiron et Taschereau ; Bruxelles, 1834, p. 181 t. IV.

(2) Sainte Reine (Régina), martyre à Alise, IIIe siècle, patronne des charpentiers ; invoquée contre la gale, la teigne, la rogne et les maladies honteuses et, en général, contre toutes les affections caractérisées par des éruptions de boutons et de pustules. (f. les Saints, patrons des corporations, etc., par du Broc de Segange, t. II, p. 233-234.

Qui veut être inspecteur ?

Une vague de pudeur traverse l'Allemagne.

Comme les Dresdois, hommes et femmes, rivalisaient de maillots badins pour se tremper dans l'Elbe, le bourgmestre de la ville vient de prendre un arrêté qui les oblige désormais à revêtir un costume-type dont les dimensions, la coupe et la couleur observent strictement les lois de la décence, inspirent l'horreur du péché — une façon de capote brune qui les enveloppe de pied en cap.

Ainsi ressemblent-ils, sans doute, aux pensionnaires échappés d'un hôpital d'incurables.

Il n'y a pas de quoi rire...

Car le maire saxon trouve chez nous des imitateurs.

On a pu lire, en effet, au cours de cet été, l'avis ci-dessous sur les cabines d'une petite plage normande :

« Les costumes de bain bizarres, excentriques, sont interdits.

« Les femmes qui ne veulent pas mouiller le leur le choisiront de forme discrète.

« Les hommes qui ne paraissent que pour poser en athlètes ne seront pas tolérés.

« Un inspecteur visitera les cabines.

Parions qu'il doit y avoir beaucoup de candidats inspecteurs.

La Levrette de Mme M...

Sous ce titre « Souvenirs d'un vieux médecin », notre confrère, M. le Dr A.-M. Bloch publie dans la *Tribune médicale* de curieuses notes où il raconte ses impressions recueillies au cours de sa carière.

Nous en détachons la petite histoire suivante, tout à fait charmante, et qui mérite d'être relatée comme excellent exemple de l'intelligence de certains animaux.

Les exemples de l'intelligence des animaux sont actuellement très souvent cités : la question a la faveur du public et la mérite, car nous sommes à l'A B C de cette étude palpitante d'intérêt.

De plus, dans l'anecdote que je vais compter, beaucoup de confrères retrouveront des impressions désagréables qu'ils ont éprouvées : celles que leur a laissées l'accueil hostile, assourdissant de certains chiens chez les clients qu'ils visitaient. Pénible et grotesque situation du médecin, harcelé par le cabot de la maison, et qui doit garder le sourire, pendant que la dame radieuse, admoneste maternellement sa bête...

Chaque fois que j'étais appelé par Mme M..., j'étais victime de ce petit supplice. Elle possédait une levrette hargneuse abominablement et qui m'avait pris en grippe, bien que je n'eusse jamais eu l'honneur d'entrer en relations avec elle.

L'animal se précipitait sur moi, dès que la femme de chambre m'avait ouvert ; l'attaque était si furieuse que je levais les bras pour ne pas être mordu, jusqu'à ce que la domestique pût saisir mon ennemie et la porter dans une chambre où elle l'enfermait.

J'avoue qu'il m'en coûtait d'aller chez Mme M..., car la scène se reproduisait à chacune de mes visites, même quand la maîtresse était présente. Elle pouvait il est vrai, calmer la bête, mais n'empêchait pas les amabilités coutumières de mon entrée.

Or, un jour, Mme M..., me dit :

— Docteur, vous seriez bien aimable de faire une petite opération à ma chienne. Elle a une griffe qui pénètre dans la chair et qu'il faudrait couper.

Je consentis à opérer, mais à une condition, c'est qu'on emballât la levrette dans une couverture, tête comprise ; je tenais à ce qu'elle ne me vit pas, nos relations étant suffisamment tendues, et je redoutais un coup de dents pendant mon intervention chirurgicale.

Mme M... la saisit, l'enveloppe dans un châle, complètement. Je m'approche, armé d'une paire de ciseaux, et je coupe la griffe.

Immédiatement après, la maîtresse desserre les bras, le chien saute à terre et, à l'*instant même*, bondit joyeusement autour de moi et vient me lécher...

Je suis retourné souvent et longtemps dans cette maison. Chaque fois, la levrette m'a accueilli avec des démonstrations folles d'affection et cela a duré des années.

J'ignore si le fait que je viens de rapporter est une rareté, mais l'instantanéité de la volte-face que l'animal montra dans ses sentiments à mon égard, apres le service que je venais de lui rendre, la conscience qu'il eut de mon intervention, quoiqu'il ne m'eût pas vu l'opérer, la persistance indéfinie de sa reconnaissance m'ont vivement frappé.

Le Royaume des femmes

C'est une île ! Elle est située, paraît-il, sur la côte sud de la Nouvelle-Guinée et porte le doux nom de « Haire Auoua », ce qui veut dire : « Pays des femmes ».

Les hommes qui y abordent sont impitoyablement chassés et les insulaires sont aussi braves que des Amazones ; elles vivent de la chasse et de la pêche et nagent comme des poissons.

Quel Anatole France nous donnera des détails sur cette île des Pingouines ?

Et quel physiologiste, surtout, nous dira comment elles se reproduisent ?...

DIAGNOSTIC DES Infections gonococciques anciennes CHEZ L'HOMME

Par M. le Docteur BOULANGER
Assistant à l'Hôpital d'Urologie.

En présence d'une urétrite ancienne datant de plusieurs mois ou même de plusieurs années, faut-il éliminer d'emblée la possibilité de la présence du gonocoque ou faut-il admettre qu'il puisse en exister encore? L'urétrite ancienne se manifeste habituellement par des symptômes peu accusés se réduisant à un suintement minime presque incolore, tachant peu ou pas le linge, avec mictions normales non douloureuses d'urines claires ou à peine louches, avec filaments plus ou moins nombreux. Ce tableau clinique bien connu fait en général porter le diagnostic d'urétrite aseptique tant il diffère de celui offert par l'urétrite récente où l'on voit un écoulement abondant vert-jaune épais qu'accompagnent des mictions pénibles d'urines troubles, symptômes habituellement considérés comme caractéristiques de la présence du gonocoque. En pratique et en l'absence d'examen microscopique, on conclut, dans le premier cas, à l'absence de gonocoques, dans le second, on admet leur présence. Très souvent, d'ailleurs, il en est ainsi, mais il n'y a pas là de règle absolue. On voit en effet des écoulements récents présentant des caractères permettant d'y soupçonner la présence de gonocoques, n'en pas renfermer, par contre, et plus souvent encore, on en rencontre dans les écoulements anciens à symptômes atténués et paraissant devoir être considérés comme étant aseptiques. Ces faits sont loin d'être rares. Aussi il doit être de règle maintenant de ne jamais porter de diagnostic sur un écoulement, quelque soient ses caractères objectifs et, à plus forte raison, d'instituer un traitement sans en avoir fait un ou plusieurs examens microscopiques, conférant une certitude sur sa nature. Cette manière de procéder à laquelle, pour ma part, je me conforme toujours rigoureusement, me paraît devoir être une ligne de conduite absolue dont il ne faut se départir dans aucun cas. En effet, à méconnaître une gonococcie chez l'homme il y a un *double danger : l'un* pour le porteur de gonocoques lui-même, *l'autre*, en cas de mariage par exemple, pour la femme qu'il épousera. Pour le porteur de gonocoques aucune guérison n'est possible qu'au prix d'un traitement rationnel et efficace de son infection, qui implique tout naturellement l'établissement préalable d'un diagnostic exact et tant qu'il y a infection, des complications peuvent se produire. On pourrait penser que dans ces cas anciens, étant donné que les gonocoques vieux, peu virulents, évoluent sur un terrain qui a réagi et organise sa défense, sont peu ou pas dangereux pour le malade. Cela est vrai dans bon nombre de cas, mais n'est pas toujours exact et par suite de modifications de terrain ou d'associations microbiennes on peut voir survenir de fâcheuses complications, et ces faits, pour rares qu'ils soient, n'en légitiment pas moins la recherche du gonocoque et la désinfection complète des organes où ils siègent. Mais ce qui est beaucoup moins rare et beaucoup plus certain, c'est *l'autre danger*, celui que court la femme épousée par un homme en puissance d'une gonococcie méconnue. Ses organes vierges d'infection antérieure présenteront au gonocoque un terrain propice à leur culture où ils vont reprendre une vie, une activité et une virulence nouvelles. Les exemples de contaminations réalisées dans ces conditions abondent. Combien voit-on de jeunes femmes présenter, quelques mois après leur mariage, les symptômes d'une affection de l'utérus et des annexes qu'on met sur le compte de circonstances banales, telles que la fatigue, les écarts de régime, le changement que le mariage apporte au fonctionnement des organes génitaux internes etc. (toutes choses bien innocentes qui ne protestent pas), et dont la véritable cause n'est autre que la vieille goutte du mari, jugée inoffensive, alors qu'en réalité, elle renfermait encore des gonocoques. Mais je laisse de côté cette question malgré son intérêt, car elle sort du cadre de cette étude, et je reviens à celle de la gonococcie ancienne chez l'homme. Il y a pour le malade atteint de gonococcie un intérêt primordial à ce que le diagnostic exact et complet en soit fait et que le traitement rationnel en soit institué, non pas tant par crainte des complications possibles mais rares, que dans le but de le débarrasser de son infection dont la persistance peut être pour lui la source de beaucoup d'ennuis et, s'il est honnête et averti, l'éloigner du mariage, et cela au moment même, parfois, où il aurait le plus intérêt à le contracter, jusqu'à complète guérison. C'est qu'il faut bien savoir que méconnue, par conséquent mal ou non soignée, une gonococcie ne guérira pas spontanément. Voici, en effet, comment évolue cette maladie, qu'elle soit mal ou pas traitée.

En dehors du traitement rationnel et vraiment efficace, les médications sont ou énergiques ou anodines. Les premières auront pour effet certain en irritant la muqueuse et en provoquant la diapédèse de fournir un aliment nouveau au gonocoque et de lui préparer un meilleur terrain de culture dont il va s'empresser de profiter : nul doute à cet égard. En outre elles auront l'inconvénient de redoubler la chute de l'épithélium et d'ouvrir la porte aux extensions en profondeur toujours si difficiles et si longues à guérir. Les médications anodines, elles, respectent le canal mais, étant sans action elles n'entravent en rien le cours de la maladie et si elles ne préparent pas les extensions en profondeur elles ne les empêchent pas de se produire, ce qui revient à peu près au même. Enfin abandonnée à elle-même, *soignée par le mépris*, suivant l'expression consacrée, suprême ressource de tant de blennorrhagiques désespérés de la longueur de leur maladie et plus encore de l'inefficacité de multiples traitements, la gonococcie ne guérira pas davantage. On pourrait penser cependant que la mort étant la fin de tout le gonocoque, évoluant sur un terrain de plus en plus réfractaire, finira par disparaître. Théoriquement, cela est vrai, mais en réalité cela ne se passe pas ainsi aussi souvent qu'on serait tenté de le croire. Voici pourquoi. Pour que le gonocoque disparaisse spontanément, il faut que le terrain où il vit présente constamment des conditions défavorables à sa culture et cela sans interruption jusqu'à ce que le germe ait disparu complètement.

Or, si cet ensemble de conditions peut se trouver réalisé et, de fait, se trouve assez souvent réalisé, en raison de l'intégrité relative du canal lors d'une première blennorrhagie, laquelle disparaît assez souvent d'elle-même, pourvu qu'un traitement intempestif ne vienne pas se mettre en travers de la guérison, dans les cas d'ancienne gonococcie, dont il est ici question, la situation n'est plus du tout la même. La muqueuse urétrale, malade depuis longtemps, mal défendue par un épithélium qui desquamme, sera sensible aux moindres irritations qui y ramèneront une recrudescence d'inflammation et la diapédèse qui en résultera redonnera un nouveau degré de virulence au gonocoque. Et non seulement des médications intempestives (j'entends par là nuisibles), auront ce résultat, mais encore des écarts de régime, la fatigue, les excès de coït en rendant les urines plus acides et plus irritantes auront un effet identique. Et ce n'est pas tout. Une maladie intercurrente aura une influence aussi fâcheuse par un autre mécanisme, celui du fléchissement de la résistance organique. Il est bien connu qu'il y a une lutte perpétuelle entre les microorganismes pathogènes qui nous entourent et nous pénètrent et l'organisme lui-même. Dans cet antagonisme et tant que l'organisme offre une résistance telle que le microbe ne puisse en triompher l'état de santé persiste, mais que cette résistance organique vienne à fléchir, le microbe vainqueur cultivera, se développera : l'état de maladie est créé.

On sait, en effet, qu'en matière d'affections microbiennes, le rôle du terrain est pour le moins aussi important que celui de l'agent infectieux lui-même, lequel ayant pénétré dans l'organisme ne s'y cultivera qu'autant qu'il y rencontrera un terrain propice à son développement.

S'il était besoin de citer un exemple du rôle que le terrain joue vis-à-vis des microbes, il suffirait de rappeler que le coli-bacille hôte de l'intestin à l'état normal, quelques heures avant la mort et, par suite de la diminution de la résistance vitale, en franchit les tuniques qui, à l'état de santé, lui opposent une barrière infranchissable. Au cours d'une gonococcie toute maladie intercurrente amenant un fléchissement de l'organisme favorisera la reprise, virulence du germe. En cas de maladie microbienne il pourra, en outre, y avoir associations microbiennes dont certaines, celles entre autres avec le microbe de la grippe ou avec le bacille de la tuberculose, sont particulièrement graves.

Les reprises de virulence du gonocoque sous l'influence de la modification du terrain sur lequel il évolue ne sont pas de simples vues de l'esprit et ce qui se passe au moment des règles chez la femme atteinte de métrite gonococcique montre de façon évidente combien elles sont réelles. Voici, en effet, ce qui se passe alors : Pendant toute la période intercataméniale les gonocoques tapis dans la muqueuse tomenteuse, velvétique de l'utérus y restent sans se révéler par des symptômes bien marqués, à telle enseigne qu'à ce moment la femme, bien qu'en puissance de gonocoques, n'est pas dangereuse et que le coït avec elle n'est pas suivi de contamination. Viennent les règles : tout change.

Sous l'influence de la congestion intense de l'utérus qui les accompagne, les gonocoques cultivent mieux, reprennent de la virulence et inoculent à nouveau le vagin. Si un coït a lieu à ce moment, il sera l'occasion d'une infection pour le conjoint de cette métritique et, s'il est son partenaire habituel, il aura la désagréable surprise de se voir contaminé par une femme, que, fort de l'innocuité de nombreux coïts précédents, accomplis, il est vrai, dans d'autres conditions physiologiques, il croyait fermement être saine. Ce fait est intéressant à connaître, car, dans la pratique, il peut servir à dissiper des doutes et des soupçons que ne manque pas de faire naître ce fait paradoxal en apparence, d'une contamination exercée par une femme jugée saine pour de bonnes et valables raisons résultant de son innocuité antérieure maintes fois expérimentée et reconnue, certifiée même par des examens médicaux, chose qui, dans l'esprit du public, ne peut s'expliquer que

par une infection récente et coupable alors qu'en réalité, il s'agit tout simplement d'une ancienne gonococcie innocemment réveillée par l'apparition des règles.

L'évolution d'une gonococcie ancienne chez l'homme offre un tableau clinique tout à fait comparable à celui que présente une métrite gonococcique ; à l'occasion d'écarts de régime, d'excès de coït ou de fatigue ou bien sous l'influence d'une affection intercurrente, l'écoulement devient plus abondant qui n'est que la manifestation, la signature d'une reprise de virulence du gonocoque, par suite d'une des causes précitées ou par un mécanisme indiqué plus haut. En somme, le gonocoque, qui théoriquement devrait disparaître de lui-même, persiste pendant un laps de temps qui peut être fort long en raison des modifications de la muqueuse où il vit, amenées par les causes que j'ai indiquées plus haut et qui sont la monnaie courante de l'existence auxquelles il faut ajouter en outre l'action nuisible de médications intempestives. Ces retours offensifs de la maladie doivent faire soupçonner l'existence du gonocoque ; aussi, quelque soit l'ancienneté d'une urétrite, quelles que soient les caractères objectifs de l'écoulement et les symptomes qui l'accompagnent, faut-il toujours et d'abord penser à la possibilité de la présence de gonocoque et par conséquent le rechercher avec soin. Comment et dans quelle condition faut-il faire cette recherche ? Avant d'aborder ces questions, je crois bon de rappeler que l'un des principes fondamentaux du traitement des infections gonococciques est qu'il faut absolument qu'à chaque séance tous les points infectés soient soignés simultanément. Cette obligation impose la nécessité d'un diagnostic complet qui, pour être tel, doit répondre à deux questions : *Y a-t-il gonocoque? Où est-il?* Ce qui revient à dire qu'il faut faire *deux diagnostics, l'un bactériologique* établissant la présence du gonocoque, l'autre *topographique* faisant connaître le ou les points où il siège. Pour l'établissement de ce dernier diagnostic, il importe de se souvenir de la marche que suit le gonocoque dans son envahissement de l'urètre et de ses annexes. Dès qu'il a pénétré dans le canal, le gonocoque abandonné à lui-même gagne d'abord assez rapidement toute l'étendue de la muqueuse de l'urètre antérieur et de l'urètre postérieur, mais en pénétrant seulement dans les couches les plus superficielles de l'épithélium, ce qui constitue l'*extension en surface*. Facilement accessible à cette période de la maladie, il disparaîtra rapidement si un traitement convenable est fait à ce moment. Mais si pour une raison quelconque l'affection se prolonge, le gonocoque désertant la surface de la muqueuse, en gagnera les couches les plus profondes, *créant ainsi une extension en profondeur*. Mais il n'y a pas que les couches profondes de l'épithélium de la muqueuse urétrale à être envahies par le gonocoque. Toutes les glandes de la muqueuse peuvent être infectées ainsi que les glandes annexes de l'urètre, glandes de Cooper et prostate. Cette dernière est fréquemment prise par le gonocoque, souvent même très peu de temps après le début de l'infection, aussi, soit dit en passant, ne faut-il jamais négliger l'examen de la prostate chez aucun blennorrhagique, quel que soit l'âge de sa maladie. Utile dans les cas récents, cette exploration est de rigueur dans les cas anciens, car c'est là le plus habituellement que se sont réfugiés les gonocoques pourchassés du canal par le traitement ou simplement par le passage de l'urine. Cette migration du gonocoque dans la prostate est tout à fait comparable à celle qu'il opère dans les organes génitaux de la femme, chez qui l'infection gonococcique d'abord vaginale devient rapidement utérine. Le microbe trop dérangé dans le vagin, va chercher et trouver dans l'utérus un asile où rien ne le trouble et où il s'éternise par suite des reprises de virulence que vient lui conférer chaque époque menstruelle. Ces deux organes, l'utérus et la prostate, ou tout au moins l'utricule prostatique, sont l'homologue l'un de l'autre au point de vue embryologique et peut-être y a-t-il là la raison de la prédilection manifeste du gonocoque pour la prostate. Quoi qu'il en soit, il est certain que le gonocoque s'abrite souvent dans les glandes de la prostate dont, au moment de ses reprises de virulence, il sort pour inoculer à nouveau le canal de même qu'à l'époque des règles il sort de l'utérus pour inoculer à nouveau le vagin. On voit par cet exposé de la marche envahissante du gonocoque que dans les vieilles urétrites où l'on peut soupçonner sa présence il ne suffit pas pour satisfaire aux desiderata du diagnostic de le rechercher dans la goutte qui vient sourdre au méat, mais aussi dans la sécrétion des glandes normales du canal lui-même, où le cas échéant, dans celles de ses glandes annexes ou enfin dans les repaires anormaux qu'il présente assez souvent surtout chez les sujets hypospades.

Chez ces derniers, plus encore que chez les sujets normaux, l'exploration du méat et de l'urètre doit être faite très soigneusement car il peut exister des dépressions de la muqueuse dont les orifices débouchent au voisinage du canal ou même dans son intérieur et qui presque constamment bourrés de gonocoques entretiennent une urétrite rebelle. Dans tous les cas, du reste, il faudra rechercher minutieusement s'il n'y a pas de repaire sur le limbe préputial ni de dépressions muqueuses juxta-méatiques, s'il n'y a pas d'abcès des glandes de Tison ou sous-fréniques ou péri-urétraux ou infection des glandes de Cooper. Ces recherches seront faites à l'aide de la vue et du toucher seulement, l'urétroscopie ne devant être employée pour l'exploration et le traitement d'un canal infecté qu'en cas d'échec d'autres moyens de désinfection et pour suppléer à leur insuffisance.

L'état des glandes de Cooper sera constaté en introduisant l'index dans le rectum et en appuyant le pouce de la même main sur la région de la glande ; le rapprochement des deux doigts pince la glande dont on peut ainsi apprécier les modifications de volume. Quand on aura reconnu un repaire ou une glande infectée on en fera sortir une goutte de pus dont on fera l'examen microscopique.

Il va sans dire qu'avant de recueillir le pus et pour éviter toute cause d'erreur on lavera soigneusement à l'eau stérilisée les régions avoisinant les points infectés. Le toucher rectal fait à vessie vide renseignera sur les changements de volume, de consistance et de sensibilité que la prostate aura subis. L'expression en sera faite en même temps que l'exploration. Immédiatement après on fera uriner le malade, on centrifugera le produit de cette miction renfermant les sécrétions prostatiques et le culot de centrifugation sera examiné au microscope pour y déceler la présence des gonocoques. Cette recherche sera faite par les moyens habituels de colorations et d'examen des préparations. Il n'y a pas lieu d'écrire ici cette technique d'ailleurs bien connue, mais une remarque importante s'impose au point de vue du diagnostic du gonocoque. Dans un cas ancien il ne faut pas s'attendre à trouver un gonocoque les caractères typiques et nettement tranchés qu'offrent ceux rencontrés dans les urétrites récentes, avec la forme spéciale en haricot des deux éléments du diplocoque, l'espace clair qui les sépare bien visible et le groupement en colonies et leur inclusion dans les leucocytes. Si l'on ne considérait comme gonococciques que ceux des cas anciens dans lesquels on rencontrerait du gonocoque présentant un aspect aussi évident on ferait souvent erreur de diagnostic et l'on méconnaîtrait bon nombre d'infections gonociniques. C'est qu'en effet il faut bien savoir qu'en pareille circonstance le gonocoque est profondément modifié dans sa morphologie, à tel point que le gonocoque vieux ne présente avec le gonocoque jeune qu'une ressemblance assez imparfaite. Il y a entre eux, si je puis me permettre cette comparaison, la même différence que celle qui existe entre un jeune homme vigoureux et un vieillard caduc et décrépit. Le gonocoque qu'on rencontre dans les vieux écoulements est petit, les éléments n'ont pas toujours leur forme bien caractéristique, l'encoche est peu distincte l'espace clair de séparation n'est pas toujours très visible, enfin ils ne sont jamais groupés en colonies ni inclus dans les leucocytes. L'embarras peut s'augmenter dans certains cas de la présence d'autres microorganismes ayant avec le gonocoque une certaine ressemblance. L'interprétation des préparations présente une réelle difficulté. Et cependant de toute nécessité il faut établir la présence du gonocoque car de là dépend et l'orientation du traitement et la guérison du malade. Il faut donc multiplier les préparations, réitérer les examens en faisant varier les conditions dans lesquelles ils sont faits et en appelant à son aide l'emploi des moyens, qui, susceptibles de favoriser la culture du gonocoque, le rendent par cela même plus visible. Pour cela il faut tout d'abord faire cesser le traitement tant interne qu'externe que peut suivre le malade ainsi que le régime auquel il a pu s'astreindre. Puis il faut lui conseiller la reprise des habitudes de la vie ordinaire et provoquer la réapparition de l'écoulement par des libations assez copieuses de bière et de vin de Champagne, et au besoin en faisant la réaction du nitrate d'argent. Grâce à ces procédés, dans bon nombre de circonstances, le gonocoque est redevenu assez évident pour que les doutes soient levés et le diagnostic précisé. Mais il y en a d'autres où, malgré l'emploi de ces moyens, l'incertitude persiste et les gonocoques ne reprennent pas suffisamment leur caractère pour entraîner la conviction. Cela tient à ce que la modification réactionnelle du terrain dans le sens favorable à la culture du gonocoque n'a pu se faire et qu'il faudrait la transplantation du gonocoque sur un terrain vierge d'infection antérieure pour qu'il puisse se développer et reprendre ses caractères antérieurs typiques.

Dans ces cas l'habitude et la pratique seules permettent par la comparaison de la préparation douteuse avec d'autres similaires également peu probantes mais où le traitement, pierre de touche d'un diagnostic incertain, aura démontré qu'il s'agissait bien d'une gonococcie, d'émettre une opinion entraînant une conviction assez ferme pour décider du traitement.

SEXE DE L'ENFANT

Que faut-il répondre aux parents qui demandent quel sera le sexe de l'enfant qui va naître ?

Voici le conseil donné jadis par Pajot :

« Quand on vous questionnera, disait-il, pendant le travail, sur le sexe de l'enfant, faites ceci : demandez à la mère ce qu'elle préférerait. Si elle vous répond : Une fille, affirmez qu'elle aura un garçon, et *vice-versa*. Voici pourquoi : S'il vient une fille, la joie sera telle qu'on ne pensera plus à votre prédiction ; si c'est un garçon, vous triompherez. »

La Luétine-réaction

Cuti-réaction de la Syphilis

Par M. le Professeur Hideyo NOGUCHI

Après avoir exposé ses belles recherches sur le virus de la rage, le savant japonais Hideyo Noguchi toujours par l'intermédiaire de la *Presse Médicale*, vient de nous faire connaître un procédé nouveau et d'une remarquable sensibilité pour le diagnostic de la syphilis.

Nous extrayons du très important article de M. Noguchi toute la partie où il expose sa méthode nouvelle appelée, semble-t-il, au moins en de nombreux cas, à remplacer l'épreuve par la méthode Wassermann.

A la suite des brillantes recherches de Metchnikoff, Ehrlich, Kitasato, Bordet, Calmette, Wright, Madsen, Flexner, Pfeiffer, Wassermann et leurs élèves, apparut sur la scène scientifique un nouveau phénomène biologique nommé par Richet : anaphylaxie. La première observation de Th. Smith et les recherches subséquentes de Richet, Otto, Besredka, Rosenau et Anderson, von Pirquet, Kraus, Doerr, Friedberger, Lewis, Auer, H. Pfeiffer, et beaucoup d'autres savants ont établi la nature spécifique de ce phénomène. Bien qu'on n'ait pas pu encore donner une explication satisfaisante de l'ensemble du phénomène, la spécificité de la réaction a amené différents chercheurs à l'utiliser pour le diagnostic de certaines maladies. C'est ainsi que pour la tuberculose nous connaissons l'épreuve à la tuberculine de Koch, la cuti-réaction de von Piquet, l'ophtalmo-réaction de Calmette ; pour la morve, l'épreuve de la malléine ; pour la fièvre typhoïde, l'ophtalmo-réaction de Chantemesse.

La réaction locale basée sur l'hypersensibilité fut utilisée pour la première fois par von Pirquet. Il semble que dans certaines maladies infectieuses chroniques, telles que la tuberculose et la syphilis, ce phénomène, désigné par von Pirquet sous le nom d'allergie, se développe et peut être décelé par un procédé semblable. Mais avant que nous puissions employer ce réactif, il est nécessaire d'obtenir les principes constituants du micro-organisme infectant sous une forme pure et suffisamment concentrée. Ceci explique que le réactif doit être extrait d'un matériel obtenu de cultures pures du micro-organisme en question.

La cuti-réaction de von Pirquet et les autres réactions basées sur les principes de l'anaphylaxie ne furent possibles qu'une fois que les organismes infectants furent obtenus en culture pure. En ce qui concerne la syphilis, beaucoup de chercheurs ont entrevu la possibilité d'obtenir la cuti-réaction, mais personne n'avait eu l'occasion de réaliser cette réaction, en raison du manque de cultures pures de *Treponema pallidum* ; je fus le premier à l'obtenir en 1911 (1). Il est exact que Neisser, Bruck, Tedeschi, Nobl, Ciuffo, Favre, Nicolas et Gautier, Meirowsky, Wolff-Eisner, Jadassohn, Fontana et d'autres savants ont essayé d'obtenir une réaction cutanée spécifique par l'application d'extraits de tissus syphilitiques humains contenant le T. pallidum, mais les résultats furent inconstants et non spécifiques, en raison, sans aucun doute, de l'impureté du matériel employé.

Dès que j'eus obtenu des cultures pures de *Treponema pallidum*, j'entrepris des études sur l'immunité et l'anaphylaxie. Les extraits de pallidum furent préparés d'après plusieurs races et appliqués sur la peau d'animaux préalablement sensibilisés ou de personnes souffrant d'affections syphilitiques.

* * *

Je résume sommairement la technique de la préparation de la luétine, technique que le lecteur trouvera en détail dans mes publications précédentes.

La luétine est préparée de la façon suivante : des cultures pures de treponema pallidum sont placées dans un bocal stérilisé avec de nombreuses billes de porcelaine, on secoue le tout pendant plusieurs heures, de manière à *moudre* le tréponème ; on emploie un mélange de cultures liquides et de cultures solides d'âges variés, mais on enlève avec soin, avant de moudre les cultures, le fragment de tissu qui compose un des éléments essentiels du milieu de culture; il faut obtenir un extrait aussi débarrassé que possible de toute substance étrangère. L'émulsion qui résulte de ces manœuvres doit être parfaitement liquide ; pour cela, on ajoute une quantité suffisante de cultures liquides. L'émulsion est chauffée à 60° C. pendant trente minutes (autrefois, nous chauffions une heure, mais nous avons constaté qu'un temps aussi long n'était pas nécessaire). Autrefois, comme moyen de contrôle, nous préparions une émulsion de milieux de culture ne contenant pas de pallidum, mais nous avons constaté que ce contrôle était inutile.

La luétine que je prépare contient toujours plus de six races différentes de treponema pallidum. Il est bon, pour augmenter la polyvalence, d'employer autant d'espèces qu'on peut.

La luétine est conservée à la chambre froide. Au moment de l'emploi, on la dilue avec une quantité égale de sérum artificiel stérilisé.

L'injection de luétine est faite *dans le derme* de la peau du bras droit ; la quantité injectée est de 0 cm³,07 pour un adulte, 0,05 pour un enfant ; on voit apparaître immédiatement une petite papule blanchâtre qui persiste dix minutes environ.

L'injection de luétine détermine *une réaction négative ou une réaction positive.*

Quand la réaction est négative, on constate au siège de la piqûre, après vingt-quatre heures, un léger érythème qui a disparu au bout de quarante-huit heures. Parfois, après les vingt-quatre, on constate une papule nettement surélevée, indurée, entourée d'une zone érythémateuse plus ou moins intense ; cette papule régresse peu à peu et a disparu le cinquième jour en ne laissant qu'une légère pigmentation ; il s'agit là d'une irritation banale causée par l'injection d'une substance étrangère ; il ne faut pas confondre cette irritation banale avec une réaction positive.

La réaction positive peut se présenter sous trois formes : la *forme papuleuse*, la *forme pustuleuse*, la *forme torpide*.

La *forme papuleuse* se manifeste vingt-quatre à quarante-huit heures après l'injection par une papule rouge, indurée, surélevée, d'une dimension de 7 mm. à 10 mm. de diamètre. Parfois cette papule est entourée d'une zone érythémateuse qui, dans certains cas, revêt un aspect légèrement œdémateux. Cet élément papuleux augmente progressivement pendant les deux ou trois premiers jours, devient rouge foncé ou bleuâtre, puis diminue graduellement et finit par disparaître complètement en sept à dix jours ; dans certains cas, la papule persiste pendant deux à trois semaines.

La *forme pustuleuse*, dans son premier stade, revêt la forme d'une papule indurée comme dans le type précédent, puis, au bout de quatre à cinq jours, sur la papule, on voit apparaître de petites vésicules et on remarque un début de ramollissement au centre ; bientôt se forme une pustule qui contient un liquide d'abord semi-opaque, puis franchement purulent. Le sujet accuse quelquefois un prurit plus ou moins intense.

La pustule se rompt, soit spontanément, soit en raison du frottement des vêtements ; une croute écailleuse se forme et tombe au bout de quelques jours ; l'induration diminue; finalement, il reste parfois une petite cicatrice, toujours une pigmentation qui dure plusieurs mois. Dans certains cas, la pustuel ne s'ouvre pas, elle présente une petite masse centrale fluctuante qui se résorbe.

La *forme torpide* se caractérise par la lenteur dans l'apparition de l'élément typique ; le siège de la piqûre se décolore au bout de trois à quatre jours, on pense qu'il n'y a aucune réaction, quand, brusquement, parfois deux à trois semaines après l'injection, apparaît un élément presque toujours pustuleux qui évolue comme la forme pustuleuse.

La luétine-réaction ne retentit pas sur l'état général ; parfois cependant on peut noter une petite élévation de la température qui monte à 38 et une céphalée légère qui ne dure pas.

Je n'insiste pas sur ces faits ; je veux me borner dans cet article simplement aux résultats obtenus.

* * *

D'une façon résumée, on peut dire que la luétine-réaction est pratiquement absente ou très légère chez les personnes présentant des accidents syphilitiques primaires ou secondaires, tandis qu'elle est toujours positive dans les cas chroniques ou latents. Dans les cas de syphilis héréditaire, la réaction est d'ordinaire positive.

Parmi les cas d'affection syphilitique atteignant le système nerveux sous le type cérébro-spinal, la réaction est inconstante ; d'après mon expérience, la moitié environ de ces cas indique une réaction positive.

Dans le tabes, la réaction est également irrégulière.

Parmi les cas de paralysie générale, j'ai trouvé deux types différents, ceux qui réagissent positivement : ceux qui ne donnent aucune réaction. Cette absence de réaction s'observe dans les paralysies générales où le processus syphilitique est en évolution, comme le montre la présence de très nombreux tréponèmes pâles ; ceci est seulement un signe léger d'allergie de la peau et peut être rattaché à une sursaturation de l'économie par les antigènes produits dans le système nerveux central, et on peut comparer cet état à la disparition de l'allergie de la peau dans les cas avancés de tuberculose.

Il est intéressant de noter que, chez un syphilitique, la luétine-réaction peut manquer lorsque la réaction de Wassermann est fortement positive et, par contraste, dans les cas de syphilis tertiaires, aussi bien que dans la syphilis héréditaire, les deux réactions peuvent être présentes en même temps.

Chez les syphilitiques soumis à un traitement énergique, la réaction de Wassermann graduellement diminue et finit par disparaître; par contre, la luétine-réaction, qui peut être absente ou très légère au début du traitement, devient plus intense au moment où la réaction de Wassermann disparaît.

De tout ce que nous venons de dire, il ressort que la luétine-réaction possède une signification limitée, mais très importante, non seulement pour le diagnostic, mais aussi pour le pronostic. Considérons par exemple un malade qui a contracté la syphilis et qui a subi un traitement énergique ; s'il ne pré-

(1) Noguchi. — « Serum diagnosis et syphilis », 1912, 3e édit.

sente aucun symptôme ou aucune réaction de Wassermann, on peut dire ou qu'il est guéri ou qu'il est un syphilitique latent ; mais si ce malade réagit à la luétine-réaction, nous pouvons le considérer comme un syphilitique latent, en dépit de l'absence de tous les autres signes.

Si cependant la réaction à la luétine est aussi négative, il est peut-être encore prématuré d'affirmer la guérison, mais on peut dire que cette guérison est très probable.

Chauffard, dans son récent discours au XVIIe Congrès international de Londres, a insisté sur l'importance des moyens pronostiques; je crois que, dans de certaines limites, la luétine-réaction remplit ces desiderata pour une maladie dans laquelle jusqu'ici on n'avait aucun moyen d'affirmer la guérison.

REVUE DE CHIRURGIE

Tumeur à fibres musculaires lisses éliminée spontanément par une cicatrice de laparotomie

Par MM. L. IMBERT, professeur de clinique chirurgicale et PIERRE MOIROUD, interne des hôpitaux

Voici la très curieuse histoire d'une femme qui a séjourné dans notre service du 3 janvier au 1er mars :

Réglée pour la première fois à 13 ans, assez abondamment et sans douleurs. Elle a eu 9 grossesses à terme, la dernière remontant à 5 ans. Elle n'a jamais présenté de troubles génitaux, ni métrorrhagies, ni pertes blanches.

Elle est admise à l'hôpital parce que des phénomènes douloureux, avec vomissements, ont apparu sur une cicatrice de hernie crurale étranglée qui avait été opérée autrefois.

Quelques heures après son entrée à l'hôpital, la malade qui, depuis deux ans, n'avait plus ses règles, est prise brusquement d'une métrorrhagie abondante et avorte. Le lendemain, on fait un curetage pour rétention placentaire.

Les premiers jours, l'état de la malade est excellent, puis progressivement la température s'élève, des douleurs violentes apparaissent dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen qui augmente de volume et se contracture. Au toucher, on trouve une masse emplissant le Douglas ; elle s'étend jusqu'au voisinage de l'ombilic et le palper la montre de contours assez nets.

Pensant à quelque collection suppurée péri-utérine, nous faisons une colpotomie et, à notre grande surprise, nous ne trouvons pas de pus ; suture immédiate de la tranche vaginale. Croyant alors que le pus s'est développé au-devant de l'utérus qui aurait été refoulé en arrière, on incise progressivement les parties molles de l'abdomen sur la ligne médiane. On atteint ainsi le péritoine qui est ouvert, et l'on voit un utérus gros comme un utérus gravide de cinq mois, violacé, congestionné, facile, difficile à extérioriser. Après avoir soigneusement protégé l'intestin, on fait une petite incision exploratrice en plein corps utérin, d'où s'écoule un liquide séro-hématique d'aspect assez louche.

Deux points de suture sont placés, un drain est mis dans le cul-de-sac pré-utérin et la plaie est refermée en deux plans. Le toucher intra-utérin, pratiqué après l'intervention, nous montre que la paroi antérieure de la cavité utérine est fortement refoulée dans la cavité elle-même qu'elle oblitère ainsi en grande partie.

Les suites opératoires immédiates furent assez pénibles, mais l'état général redevint vite satisfaisant. Localement la suppuration s'établit, et les deux lèvres de la plaie se désunirent à leur partie supérieure sur une assez grande longueur. On tente de les rapprocher par une suture secondaire au fil d'argent. La suppuration persistant, la réunion ne se fait pas et à nouveau les bords de la plaie s'écartent, cette fois à la partie inférieure. Nouvelle tentative de rapprochement aussi infructueuse que la première. Bientôt après, on voit apparaître une masse grosse comme deux poings, qui refoule les deux lèvres de la plaie et semble vouloir s'extérioriser progressivement. Elle est d'aspect très incertain et baigne dans le pus. Des pansements journaliers sont faits et ne tarissent pas la suppuration abondante qui dure une quinzaine de jours environ.

Un matin, en procédant nous-même au pansement, nous pûmes, à notre grand étonnement, voir que cette masse se mobilisait bien et se détachait de ses attaches profondes. La tumeur est enlevée, et il reste une plaie profonde, pareille à celle qui résulte de la chute du moignon d'une opération de Porro. La cicatrisation se fit alors progressivement, et la malade quitta l'hôpital le 1er mars, complètement guérie.

Un examen gynécologique fait à ce moment montre que l'utérus est en place, assez volumineux, dépassant le pubis de trois à quatre travers de doigts, mobile ; les culs-de-sac sont libres et indolores.

Voici les résultats de l'examen histologique fait par le Dr Rouslacroix : « Tumeur constituée par des fibres musculaires longitudinales et plexiformes, très pauvres en noyaux sauf à la périphérie, présentant d'assez nombreuses fibrilles en dégénérescence granuleuse et vacuolaire. — Aspect d'un utérus infantile. »

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter vu sa rareté et sa curiosité.

Voici comment nous avons interprété les faits : cette femme portait sans doute un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus, assez éloigné de la muqueuse et ne s'étant révélé par aucun trouble fonctionnel.

Il est possible qu'à la suite du curetage, une colonie microbienne se soit introduite à travers les éraillures de la muqueuse et ait été le point de départ des accidents inflammatoires dont nous avons parlé. En effet, la sérosité louche, sérohématique, qui s'est écoulée après l'incision exploratrice de l'utérus, peut être comparée à celle que l'on trouve à la période pré-suppurative de certains phlegmons.

La masse fibromateuse s'est sphacélée, comme le démontre la présence de nombreuses fibrilles en dégénérescence granuleuse et vacuolaire, et trouvant dans la désunion des lèvres de la plaie — qu'elle a favorisée sans doute — une condition favorable à son extériorisation, s'est éliminée spontanément par un phénomène comparable à l'expulsion d'un séquestre osseux.

Notre conduite opératoire a-t-elle été la bonne ? Oui, puisque les phénomènes ont heureusement évolué. Certains chirurgiens sont, en pareil cas, partisans de l'hystérectomie. Cette intervention aurait été sans doute difficile, vu l'immobilité assez grande de l'utérus, et aurait prolongé le temps opératoire chez une femme dont l'état général était précaire (1).

(1) *Soc. de chir. de Marseille.*

REVUE D'UROLOGIE

A propos de l'Hématome périrénal spontané

Par M. le Dr AD. LIPPENS

J'ai publié (2), il y a quelque temps, un cas d'hématome périrénal. Chez la malade en question, personne de 54 ans, artérioscléreuse, on pratiqua une néphrectomie pour deux kystes fibrineux ayant altéré profondément le parenchyme du rein gauche. L'histoire clinique de cette malade, l'aspect macroscopique, les données fournies par l'examen histologique démontrèrent qu'il s'agissait, en l'occurrence, de deux hémorrhées, véritables apoplexies rénales, ayant subi une évolution aseptique au point de ne plus contenir qu'un liquide fibrineux sans aucun élément morphologique.

(2) LIPPENS AD. — Kystes fibrineux séquelles d'hématomes périrénaux. *Annales de la Société belge de Chirurgie, 1911, f. 4-5.*

Les cas d'hématome périrénal spontané ne sont pas fréquents ; il en existe, à l'heure actuelle, une vingtaine dans la littérature. Aussi, il est intéressant de signaler toute observation nouvelle, d'autant plus qu'elle s'accompagne, en général, de commentaires ou d'une interprétation pathogénique nouveaux.

Et tel est le cas que vient de publier Azzurini(1) :

Une femme de 36 ans est opérée, en 1910, à la Wertheim, pour un cancer du col utérin. En janvier 1911, elle rentre à la clinique, se plaignant de douleurs très vives dans le 1/4 supérieur droit de l'abdomen et des pertes sanguines par les organes génitaux. Elle est dans un état de subconscience et a de l'incontinence fécale. Les urines retirées à la sonde sont albumineuses et contiennent des globules rouges. L'examen gynécologique ne décèle rien de notable. Trois jours après, la malade meurt.

A l'autopsie, on trouve au niveau de la cicatrice intra-abdominale de l'infiltration néoplasique. Les urétères, surtout le droit, sont comprimés et dilatés. Le rein gauche est pâle et mou, la capsule adipeuse est fort épaissie. Dans la fosse rénale droite, on aperçoit une grosse masse fluctuante du volume d'une tête de fœtus à terme, très adhérente aux parois de la fosse lombaire. Cette masse s'étend de la face inférieure du foie à la fosse iliaque et est adhérente aux nodules et au tissu néoplasique. La paroi, de 1 1/2 centimètre d'épaisseur, est formée de tissu connectif et d'un gros coagulum fibrinocruorique stratifié à sa face interne. Elle limite une vaste cavité kystique à contenu séro-hémorragique au fond de laquelle se perd le rein, petit, pâle, appliqué contre la colonne vertébrale. La capsule fibreuse est détachée du rein dont la surface est chagrinée et grisâtre et contribue à former la paroi du kyste. Les calices et le bassinet sont dilatés. Dans la substance rénale on voit quelques petits kystes.

Les ganglions le long de l'artère iliaque gauche sont néoplasiques.

L'examen microscopique démontre que la poche est faite de tissu conjonctif dense, infiltré de sang et de la capsule propre du rein. On y trouve des vaisseaux embryonnaires, constitués par un stratus endothélial sur une sorte de membrane basale; ils sont dilatés et gorgés de sang. Au bord interne du rein, il y a une grosse hémorragie qui s'étend aux zones voisines en les dilacérant.

Les artères ont leur paroi épaissie, le calibre en est réduit.

Pour Azzurini, l'hémorragie est d'origine surtout extra-rénale, grâce à la substitution d'un tissu conjonctif de nouvelle formation aux deux capsules fibreuse et adipeuse des reins.

Ce serait à un processus inflammatoire aseptique allant de l'extérieur vers l'intérieur et occasionné par les manœuvres opératoires laborieuses au cours de l'hystérectomie. Cette hypothèse serait prouvée, d'après l'auteur, par l'aspect différent du tissu connectif bien organisé à la périphérie, quasi embryonnaire encore à l'intérieur.

L'origine de l'hémorragie intra-rénale serait due, elle, à un obstacle au cours de l'urine, engendré en partie par un processus de sclérose, soit d'origine capsulaire, soit d'origine artérielle, en partie par les lésions dégénératives des tubes et des glomérules (lésions desquamatives hémorragiques).

(1) AZZURINI F. — Contribution à l'étude de l'hémorragie périrénale Cryptogénique. (Un cas d'hémorragie sous-capsulaire du rein droit). *Lo Sperimentale*, t. LXVI, f. V, pp. 479-502).

Azzurini ne peut admettre que le sang ait traversé le rein sous une telle pression sans le déchirer ; pour lui, il vient surtout de la masse conjonctive qui entoure le rein.

Je ne sais si l'auteur ne cherche pas un peu loin l'origine de l'hémorragie. Et je crois plus simple et plus logique d'attribuer la lésion à une apoplexie rénale dans un parenchyme altéré et irrigué par des artères peu résistantes. En somme, c'est à la néphrite, au rein sclérokystique qu'il importe de remonter.

Par ailleurs, il paraît en être ainsi pour tous les cas publiés et, seule, une lésion rénale primitive permet d'éclaircir leur pathogénie, en dehors de tout traumatisme bien entendu.

Et, dans le cas particulier d'Azzurini, le fait de n'avoir pas trouvé de solution de continuité au parenchyme n'exclut nullement l'origine rénale d'une hémorragie.

Peut-être la discussion serait-elle possible s'il s'agissait d'une hémorragie hors la capsule. Mais, dans le cas d'Azzurini, elle est intra-capsulaire.

Et encore Pawlicki n'a-t-il pas obtenu chez le lapin une transsudation sanguine dans la graisse périrénale en congestionnant le rein par pincement des veines rénales.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Opération césarienne suivie d'hystérectomie chez une femme enceinte de huit mois présentant des accidents inflammatoires au niveau du fibrome de la paroi utérine.

Par MM. les Docteurs CHAMBRELENT, FAUGÈRE et LALESQUE.

Si les cas de dystocie par complication de la grossesse ou de l'accouchement par suite de la présence de fibromes utérins sont relativement fréquents et ont fait le sujet de nombreuses publications, il n'en est pas ainsi des complications qui peuvent survenir chez la femme enceinte par suite des modifications d'ordre pathologiques qui peuvent survenir dans l'évolution des fibromes qui compliquent la grossesse.

Cette question a tout récemment été étudiée d'une façon magistrale par notre collègue, le professeur Chavannaz, dans un mémoire publié dans la *Gynécologie* il y a quelques mois (1). Cet auteur n'a pu rassembler qu'un nombre très restreint d'observations relatives à des altérations pathologiques survenues au niveau de fibromes compliquant la grossesse, dont deux lui sont personnelles. Mais ces deux cas étaient relatifs à des femmes au début de la grossesse, et cet auteur terminait son mémoire par les lignes suivantes :

« La césarienne suivie d'hystérectomie n'a pas encore, à notre connaissance, trouvé son application, les accidents s'étant produits à une période trop peu avancée de la grossesse ».

C'est pour essayer de combler cette lacune que nous avons cru intéressant de vous présenter l'observation suivante, que nous avons pu recueillir à la Clinique obstétricale de la Faculté au mois d'août de cette année.

Mme X..., âgée de trente-trois ans, ne présente rien de particulier au point de vue de ses antécédents héréditaires. Au point de vue de ses antécédents personnels, elle fut réglée pour la première fois à l'âge de treize ans. Les règles étaient normales, durant de quatre à cinq jours et d'une abondance moyenne.

Mariée il y a onze ans, c'est-à-dire à l'âge de vingt-deux ans, elle n'eut jamais de grossesse ; depuis quelques années ses règles se montrèrent plus abondantes, mais furent toujours régulières jusqu'à la fin de l'année 1911, où elle eut une première manque.

Le 15 janvier 1912, préoccupée par l'absence de ses règles, elle consulta le professeur Demons qui constata chez elle la présence de fibromes utérins et l'existence probable d'une grossesse.

Après avoir passé quelques semaines à l'hôpital, elle rentra chez elle, mais M. le professeur Demons, prévoyant que ses fibromes utérins pourraient être une cause de dystocie au moment de l'accouchement, lui recommanda de venir faire ses couches dans le service de la Clinique obstétricale.

La grossesse suivit son cours régulier jusqu'aux premiers jours d'août. Le 4 août, cette femme, arrivée au huitième mois de sa grossesse, ressentit de violentes douleurs au niveau de l'abdomen. Elle se décida à entrer à la Clinique obstétricale.

Le 5 août, nous examinons cette femme, et nous constatons l'existence d'une grossesse de huit mois et demi environ. Le fœtus est en présentation du sommet, la tête modérément engagée. Les battements du cœur sont très nets et n'indiquent aucune souffrance du fœtus.

Par le palper abdominal, on constate l'existence de plusieurs fibromes utérins, dont l'un, occupant la partie supérieure de l'utérus, paraît pédiculé. A ce niveau, la pression abdominale est extrêmement douloureuse. La malade présente de plus une température de 38°5, avec un pouls fréquent. M. le Dr Loubat, médecin résidant à Pellegrin, appelé à voir la malade, est d'avis que cet état fébrile est probablement le résultat d'une inflammation de la tumeur fibreuse due probablement à une torsion du pédicule, et qu'il y a lieu à intervention.

Dans l'intérêt de la malade aussi bien que de son enfant, nous décidons de pratiquer sans tarder l'opération césarienne, suivie, si l'état utérin l'exige, de l'ablation de l'utérus.

La malade est transportée dans le service de M. le professeur Demons, à Tastet-Girard, et avec l'aide de M. le Dr Faugère, chef de clinique obstétricale, et de M. le Dr Lalesque, chef de clinique de M. le professeur Demons, nous pratiquons l'opération césarienne.

Après les préparations habituelles et la désinfection de la paroi abdominale et du vagin, la malade étant placée en position de Trendelenburg, je pratique une laparotomie médiane et sus-ombilicale. La paroi est rapidement incisée et l'utérus extériorisé. On constate alors la présence de plusieurs fibromes faisant une saillie très nette au-dessus de la paroi utérine ; mais l'un d'eux, du volume du poing, est nettement pédiculé ; il est violacé et le pédicule fortement tordu sur lui-même. Dans ces conditions, nous estimons qu'il y a lieu à une hystérectomie. Après avoir incisé largement l'utérus, nous extrayons sans difficulté un enfant vivant pesant 2.280 grammes. Après application d'une pince à forcipressure le cordon est incisé.

Nous abandonnons alors la malade à M. le Dr Lalesque pour pratiquer l'hystérectomie.

« Avec l'aide du Dr Faugère, dit le Dr Lalesque, je commençai par fermer rapidement, par un surjet à la soie, l'incision pratiquée sur la paroi utérine, de façon à ne pas être gêné par la présence de nombreuses pinces. Je saisis avec des pinces de Museux le fond de l'utérus, ainsi que les fibromes pediculés, et pratiquai une hystérectomie subtotale suivant le procédé habituel. Il fut facile de sectionner les ligaments larges et utérins. La collerette antérieure et postérieure fut rapidement décollée. Mais j'eus quelques instants d'hésitation lorsqu'il me fallut sectionner le col au-dessus du vagin, comme j'en avais l'intention. car il était impossible d'apprécier une différence de consistance entre les tissus du vagin et ceux de l'utérus. J'arrivai cependant à bien sectionner le col au-dessus du vagin. La péritonisation fut très simple. Je fermai la paroi abdominale par trois plans successifs, en renforçant le tout à l'aide de fils d'argent. A la partie inférieure de la plaie je mis un gros drain et une mèche de gaze. Cette dernière fut enlevée au bout de quarante-huit heures. Les pansements durent être faits deux fois par jour. Le drain fut laissé en place huit jours, puis remplacé par un plus petit. Au bout de quinze jours, je laissai la fistule se fermer. La malade eut un peu de température, que j'attribue au défaut de drainage du petit bassin, et j'estime qu'avant de péritoniser j'aurais dû largement drainer par le vagin. La malade se leva le vingt et unième jour et sortit du service complètement rétablie. J'ai revu cette malade depuis deux ou trois fois. Elle est en parfait état. Sa paroi abdominale tient très bien. Elle nourrit son enfant, qui va bien, quoique chétif et délicat ».

Voici maintenant le résultat de l'examen macroscopique et microscopique de la tumeur fibreuse, tel qu'il nous a été communiqué par M. Commes, préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine :

Examen macroscopique et microscopique de la tumeur (après un séjour d'environ cinq mois dans une solution de formol). — Cette tumeur est de la grosseur d'un poing d'adulte, de couleur grisâtre, à peu près régulière, ne présentant qu'une seule bosselure de la grosseur d'une noisette. Sa consistance est ferme, avec quelques points élastiques. Elle crie sous le scalpel.

La tumeur est sous-péritonéale et unie au tissu utérin par un pédicule qui vient s'insérer sur le fond de l'utérus, un peu en arrière. Ce pédicule est court (environ 1 cent. 5 à 2 centimètres), assez large (3 cent. 5 à 4 centimètres) et présente une torsion bien nette, torsion qui a été assez forte et assez constante pour que, lorsqu'on essaie de la faire disparaître par un mouvement inverse, on la voie se reproduire dès que la main abandonne la tumeur.

Les dimensions approximatives de la tumeur sont :

Hauteur	9 cent. 5
Largeur	10 cent. 5
Epaisseur	8 cent. 5

A la coupe, macroscopiquement. on constate que la tumeur est constituée par des fibres disposées en tourbillons. On ne distingue pas de lacunes de dimensions notables.

Examen microscopique. Coloration thionine phéniquée-éosine. — La tumeur a l'aspect caractéristique d'un fibrome. Les fibres présentent des ondulations irrégulières ; en certains points leur flexuosité est très grande, en d'autres elles ont un aspect plus rigide. Les régions les plus flexueuses forment parfois des sortes de tourbillons autour des vaisseaux dans lesquels nous trouvons rarement des globules rouges. Ceux-ci sont d'ailleurs déformés, à contours peu nets. déformation qui peut être mise sur le compte soit du long séjour de la pièce dans la solution de formol, soit par ischémie due à la torsion du pédicule. Les fibres flexueuses présentent une polychromatophilie très nette. Il existe très peu de mastzellen, à l'encontre du tissu utérin normal.

En beaucoup de points nous trouvons un tissu constitué par des fibrilles fines entre-croisées de cellules étoilées.

Très peu de cellules conjonctives à aspect plus ou moins fusiforme. Les filaments chromatiques de leur noyau se voient assez nettement et ne présentent pas de figures de karyokinèse.

Les fibres musculaires lisses sont extrêmement rares.

Pas de points pouvant faire penser à une néoplasie.

Coloration à l'hématéine-éosine. — Même description que la précédente.

Coloration au Van Gieson Curtis (spécifique du tissu conjonctif). — Cette coloration montre

(1) G. Chavannaz. Sur la nécrobiose des fibromes utérins au cours de la grossesse (*in Gynécologie*, 1912).

qu'il s'agit d'un fibrome, avec quelques rares cellules conjonctives. Le tissu fibreux s'y présente en très grande abondance. On ne voit pas de tissu utérin.

En résumé : il s'agit d'un fibrome sans dégénérescence néoplasique.

M. Démons avait vu cette malade, qui lui était envoyée pour aménorrhée et parce que, à la suite de l'examen ainsi pratiqué, le médecin traitant ayant diagnostiqué un fibrome, avait conseillé l'hystérectomie. Comme on n'avait pas la main forcée, M. Demons préféra attendre, pensant que la malade pouvait être enceinte, et la suite vint prouver qu'il ne s'était pas trompé. Or, dans ces cas-là, le chirurgien ne voit trop souvent que le fibrome, sans penser à la coexistence d'une grossesse, que peuvent faire soupçonner l'aménorrhée et le ramolissement du col; aussi n'est-il pas rare que dans des cas semblables on puisse trouver un fœtus dans l'utérus ainsi enlevé.

M. Roche a constaté deux fois une grossesse coexistant avec le début de développement d'un fibrome, tandis que jusque là les deux malades n'avaient pas été enceintes. Il peut donc arriver qu'une grossesse tardive soit l'occasion d'un examen gynécologique permettant de constater pour la première fois l'existence d'un fibrome qui, peut-être, du reste, n'est pas toujours de date très ancienne.

M. Demons. Contrairement à l'opinion classique, le développement du fibrome serait-il donc une cause prédisposant à la grossesse, puisque ces femmes étaient mariées depuis longtemps et n'avaient pas eu d'enfants ?

M. Roche rappelle les statistiques de Lefour et de Pinard, d'après lesquelles il y a une femme stérile sur huit normales, tandis qu'il y en a une de stérile sur trois fibromateuses. Le fibrome ne constitue donc pas une prédisposition à la grossesse, bien au contraire ; mais peut-être qu'arrivé à un certain moment de son développement, le fibrome, en redressant l'utérus, pourrait-il faciliter la fécondation. Ce serait une explication plausible de ces grossesses tardives chez les fibromateuses.

M. Andérodias a eu l'occasion de voir avec M. Chambrelent une malade qui avait un fibrome longtemps demeuré pelvien sans avoir eu de grossesse; puis le fibrome en se développant devint abdominal, et la malade fut alors enceinte.

M. Chambrelent demande à M. Louhat, qui a vu cette malade avant l'intervention, quelle est son opinion au sujet de son avenir si elle n'avait pas été opérée.

M. Loubat. — Quand j'ai été appelé auprès de la malade, j'ai pu constater qu'elle présentait à la partie supérieure gauche de son utérus gravide une tumeur du volume du poing, qui était très douloureuse à la palpation. La coexistence d'élévation thermique et de phénomènes péritonéaux a permis de penser à une inflammation ou à une nécrose de cette tumeur fibromateuse, et dans ces conditions l'intervention s'imposait pour prévenir l'infection péritonéale, aucune contre-indication ne venant du fait de la grossesse, s'opposer à cette intervention. L'âge avancé de la grossesse permettait d'espérer l'obtention d'un enfant vivant.

Pendant l'intervention, on a pu reconnaître que le fibrome présentait des altérations nécrobiotiques dues à la torsion du pédicule et qu'il y avait une réaction péritonéale nette avec un peu de liquide et des adhérences récentes, fibrineuses, au niveau de la tumeur. Il est donc probable que si on n'était pas intervenu, les phénomènes péritonéaux auraient progressé, mettant en danger la vie de la malade, pouvant provoquer un accouchement un peu prématuré plus ou moins dangereux pour le fœtus. On n'a donc eu qu'à se louer d'avoir pratiqué la laparotomie (1).

(1) Soc. d'Obstétrique, de Gynécol. et de Péd. de Bordeaux.

REVUE DE PÉDIATRIE

Malformations congénitales identiques chez des jumeaux syphilitiques

Par MM. les Drs LEFOUR et BALLARD

L'hérédité syphilitique, bien qu'étudiée par de très nombreux auteurs, offre encore des points controversés. Aussi, nous a-t-il paru intéressant d'apporter l'observation de deux jumeaux présentant à leur naissance des malformations multiples dont l'étiologie doit être manifestement rapportée à une syphilis *récente* des ascendants, et dont l'identité chez les deux enfants vient encore accentuer l'intérêt :

Mme X..., âgée de trente-deux ans, ménagère, entre à la clinique obstétricale, dans le service de M. le professeur Lefour, le 21 février 1913. C'est une tertipare, enceinte de huit mois et demi environ et qui désire être hospitalisée pour la fin de sa grossesse.

Antécédents. — Nous ne retiendrons rien de ses antécédents héréditaires ni de ses antécédents personnels, qui n'offrent aucun intérêt jusqu'au moment de son mariage. Elle se marie à dix-sept ans avec un coutelier jouissant d'une parfaite santé. Elle a eu une première grossesse il y a quatorze ans et l'autre il y a deux ans. Ses enfants sont actuellement très bien portants et c'est elle qui les a nourris au sein.

En février 1912, elle s'aperçoit que son mari suivait un traitement pour une ulcération siégeant à l'anus. En dehors des topiques locaux, il absorbait des pilules de protoiodure de mercure. Quelques jours plus tard, elle constate elle-même une ulcération de la dimension d'une lentille siégeant sur la grande lèvre gauche. Elle est vue par un médecin, qui pratique aussitôt six injections intra-fessières de biiodure de mercure. Depuis lors, la malade n'a jamais suivi d'autre traitement, et elle n'a présenté ni céphalée ni accidents secondaires. C'est dans ces conditions que, trois mois environ après l'apparition d'un chancre infectant, elle devenait enceinte une troisième fois.

Grossesse actuelle: — Ses dernières règles datent du 31 mai 1912 et c'est vers la fin du mois d'août qu'elle commence à percevoir les mouvements actifs du fœtus. Elle est donc enceinte de huit mois et demi au moment de son entrée dans le service, le 21 février 1913.

En dehors de quelques vomissements matutinaux au début de la grossesse, il n'y a rien à signaler comme accident de la gestation.

Examen. — C'est une femme amaigrie et surtout très anémiée ; néanmoins, aucun de ses appareils ne semblent lésé et ses sommets sont en bon état.

Au point de vue obstétrical, on constate un utérus assez développé (37 centimètres) et fortement tendu par un excès manifeste de liquide amniotique. Cet hydramnios rend la palpation difficile au point d'empêcher de diagnostiquer la présentation et l'orientation du fœtus. L'auscultation révèle des bruits sourds et très rapides à droite de la ligne médiane et assez élevés. Par le toucher, on perçoit à bout de doigt, au niveau du détroit supérieur, une tête volumineuse assez mal fléchie, dont l'occiput regarde à droite et en arrière.

Accouchement. — La femme entre en travail le 25 fevrier, à trois heures du matin. La poche des eaux se rompt d'une façon précoce à quatre heures. La dilatation est complète à six heures et demie, et une demi-heure après environ, l'accouchement a lieu spontanément. Aussitôt le fœtus sorti, on constate par un toucher profond qu'il existe un second fœtus en présentation du siège complet (S. I. G. A.). On rompt la poche des eaux : on aide au dégagement du siège et la tête est extraite par la manœuvre de Mauriceau.

Délivrance. — La délivrance est naturelle; elle est faite par redressement de l'axe de l'utérus sur l'axe vaginal, pression sur le fond de la matrice, tractions légères sur les cordons et torsion des membranes dans l'intervalle des contractions utérines.

Il s'agit d'une grossesse gémellaire univitelline. Le placenta pèse 1.150 grammes et les deux œufs sont complètement séparés par une cloison amniotique, mais il n'y a qu'un seul chorion pour les deux œufs.

Nouveaux-nés. — Les deux enfants du sexe masculin, présentent, des malformations identiques.

Le premier, qui pèse 3 kil. 220 et qui n'a que 44 centimètres de long, est très nettement hydrocéphale : les fontanelles sont très larges et animées de battements ; il en est de même des sutures. La forme de la tête est caractéristique de l'hydrocéphalie et ses dimensions sont celles d'une tête de gros fœtus à terme. En outre, il présente un pied-bot varus équin au membre inférieur droit et un spina bifida lombaire du volume d'une grosse mandarine.

Le second pèse seulement 2 kil. 270. Il n'est pas à proprement parler, hydrocéphale, mais les sutures et les fontanelles sont un peu larges. Pied bot à droite, comme son frère, spina bifida lombaire identique, mais un peu moins tendu et un peu moins volumineux.

Ces deux enfants n'ont pas tardé à succomber. L'hydrocéphale est mort le premier, après avoir présenté une ulcération étendue au niveau des membranes d'enveloppe de la tumeur. Le liquide céphalo-rachidien est rapidement devenu purulent, et l'enfant est mort le quatrième jour, après quelques crises convulsives. Le second est mort le lendemain, après ulcération de la tumeur lombaire et crises convulsives semblables à celles présentées par son frère.

L'autopsie n'a rien révélé d'intéressant : il s'agissait simplement de myélo-méningocèles.

Réaction de Wassermann. — *Chez la mère* la réaction de Wassermann a été très nettement *positive. Chez les deux enfants* elle a été pratiquée deux fois : au moment de la naissance et à la veille de la mort ; elle est demeurée *constamment négative*.

De nombreuses conclusions se dégagent de cette observation :

En premier lieu, il semble parfaitement rationnel d'admettre, avec certains auteurs, que la grossesse gémellaire univitelline n'est en somme qu'un cas tératologique, premier degré de l'échelle de la diplogénèse. On est frappé ici de l'identité des lésions chez les deux enfants, et il est permis de se demander si la cause qui a présidé à ces malformations n'est pas la même qui a amené la production d'une grossesse gémellaire univitelline. En somme, anomalie de segmentation et anomalie de développement, telles seraient les lésions présentées par ces jumeaux univitellins.

Quant à la cause des anomalies elles-mêmes, il semble tout naturel de la rapporter à la syphilis des générateurs.

On nous objectera peut-être que si la réaction de Wassermann était positive chez la mère, elle demeura constamment négative chez les enfants. Mais chacun sait que la valeur de la réaction de Wassermann est très contestable chez les nouveaux-nés. Positive, elle ne prouve pas grand'chose, car Bar et Daunay (1) ont signalé que les sérums colorés par les pigments biliaires peuvent fausser les résultats de la réaction. Nous connaissons la fréquence de l'ictère chez le nouveau-né; une prise de sang à la période préictérique pourrait donner un résultat positif chez un enfant sain. Si, d'autre part, la réaction est négative au moment

(1) Bar. *Bulletins de l'Académie de Méd.* 1912, p. 256. Bar et Daunay. *Soc. de Biologie*, 10 juin 1908 ; — *Soc. d'Obstétrique*, 1909.

de la naissance, cela n'est pas concluant, car le traitement maternel peut influencer considérablement le sens de la réaction. En outre, comme celle-ci n'est que la traduction d'une hépatite syphilitique, il est possible que cette hépatite ne se produise que tardivement et la réaction, négative au début, deviendra positive par la suite.

Cette idée a été défendue récemment par Bobrie (1) : « Dans la syphilis héréditaire, la lésion du foie peut ne se constituer qu'après la naissance, car pendant la vie intra-utérine, l'organe doué de la propriété antitoxique la plus grande n'est pas le foie, mais le placenta. La cellule hépatique ne sera donc lésée qu'après la naissance, d'où la possibilité d'une réaction *négative* dans les premiers jours de l'existence, qui, dans la suite, deviendra plus tardivement *positive*. »

Il est donc très vraisemblable que nous avons affaire à de petits syphilitiques.

Une fois de plus nous pouvons constater la coexistence de la syphilis, de l'hydramnios et des malformations fœtales, si bien que l'hydramnios peut être tenu le plus souvent comme dépendant d'une syphilis méconnue.

Cependant, si la syphilis donne des malformations, il est rare que ce soit l'effet d'une syphilis jeune, comme dans le cas que nous rapportons. La syphilis, dans sa phase virulente, est transmise à l'embryon comme une infection et elle lui confère une maladie propre, identique ou à peu près dans ses manifestations cliniques à la maladie en évolution chez les générateurs. C'est la période de transmission microbienne. Mais si elle est plus ancienne, la syphilis fait autre chose que de la syphilis; elle est la cause de malformations et de dispositions morbides spéciales, qui n'en sont pas moins syphilitiques d'origine, puisqu'en définitive sans elle, elles n'auraient pas vu le jour. Elles se manifestent par des troubles de développement psychique ou physique, des dystrophies osseuses, en un mot, ce serait là ce que le professeur Gaucher considère comme des manifestations quaternaires et quintaires de l'hérédo-syphilis.

Est-ce le traitement suivi par les générateurs qui, dans notre observation, a suffi à atténuer l'infection ? ou bien est-ce que l'infection était chez eux relativement atténuée et s'est très rapidement éteinte ? Autant de questions auxquelles il est impossible pour le moment de faire des réponses certaines. Quoi qu'il en soit, la syphilis est ordinairement aggravée dans ses manifestations par la grossesse et ici la mère n'eut aucun accident secondaire au cours de sa gestation.

Nous conclurons donc en faveur d'une syphilis mixte récente, probablement atténuée dès l'origine par un double traitement ayant suffi à produire chez deux jumeaux des lésions dystrophiques multiples, plus particulièrement remarquables par leur identité de nature et de siège (2).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Anthrax graves et phlegmon gangréneux diabétique rapidement guéris par l'ablation quotidienne des parties sphacélées et les pulvérisations d'eau oxygénée

Par M. A. VENOT

Je vous présente ces trois malades à cause de la guérison rapide, par des moyens simples, des phénomènes graves qu'ils ont présentés.

Le premier est un homme de quarante-sept ans, qui est entré dans mon service le 14 février 1912, porteur d'un énorme anthrax de la nuque qui, en six jours, avait atteint les dimensions suivantes : hauteur, 17 centimètres ; largeur, 14 centimètres. Il occupait toute la face postérieure du cou, remontant en haut jusqu'à la protubérance occipitale externe, s'étendant presque, en largeur d'une apophyse mastoïde à l'autre.

A son entrée à l'hôpital, M. le Dr Parcelier, médecin résidant, n'avait pas hésité à cribler de pointes de feu profondes cette énorme tuméfaction, sous anesthésie générale.

Cet anthrax était survenu spontanément, à la suite de deux petits furoncles de la face, chez un homme d'une bonne santé générale, qui n'est ni diabétique ni alcoolique, qui ne présente rien de saillant à noter ni dans ses antécédents personnels ni dans ses antécédents héréditaires. Il mène une vie calme et exerce la profession d'ébéniste. Le traitement employé fut d'abord : pulvérisations phéniquées et levure de bière. Très rapidement survint une large mortification des tissus et une abondante suppuration. En même temps on constatait tout autour un gonflement et une rougeur diffuse, l'état général devenait mauvais, etc.

Le 21 février, je remplaçai les pulvérisations phéniquées par des pulvérisations d'eau oxygénée, à raison de deux par jour, d'une durée chacune d'une demi-heure. De plus, tous les matins, je fis pratiquer par M. Viéron, externe du service, l'excision, aux ciseaux, de toutes les parties sphacélées. Cette opération quotidienne était immédiatement suivie de la pulvérisation d'eau oxygénée. Pansement sec aseptique après chaque pulvérisation.

En l'espace de quelques jours, il se fit une transformation complète puisque je lis, dans l'observation qui m'a été remise par M. Viéron, que le 27 février il n'y a plus de tissu mortifié et que tout le fond anfractueux de cette vaste perte de substance se recouvre de bourgeons rouges. En même temps la zone inflammatoire périphérique s'est complètement affaissée ; et à partir de ce moment commence une période de réparation qui marche avec une telle rapidité que, le 4 avril, le malade quitte l'hôpital avec une plaie large seulement comme une pièce de 5 francs. Il revenait se faire panser aux pansements externes. Aujourd'hui vous pouvez juger de l'étendue de l'anthrax par l'étendue de la cicatrice.

Voici un autre anthrax de la région scapulaire gauche qui débuta vers le 15 mars 1913 chez une femme de quarante-huit ans, d'apparence grêle, qui n'a dans ses urines ni sucre ni albumine. Elle entra dans mon service le 29 mars et mon interne pratiqua deux incisions en croix de 7 ou 8 centimètres de longueur. Le lendemain, M. Lacouture, qui me remplaçait, fit une thermo-cautérisation de la plaie et le 1er avril quand je repris mon service, après les vacances de Pâques, je fis installer aussitôt les pulvérisations d'eau oxygénée avec l'excision quotidienne aux ciseaux des parties sphacélées. Au bout de trois jours la température tomba, la plaie fut détergée et le travail de réparation commença. Aujourd'hui vingt-quatre jours après le traitement du début, vous pouvez voir que la cicatrisation a fait des progrès rapides, étant donné que l'anthrax avait 7 ou 8 centimètres de diamètre.

Enfin je vous présente cette femme âgée de cinquante-huit ans, entrée à l'hôpital le 3 avril 1913 qui, le 28 mars, en se réveillant le matin, trouva sa région malléolaire externe gauche tuméfiée et rouge. Le lendemain matin, le gonflement et la rougeur s'étaient étendus et les parties étaient devenues douloureuses. Elle voulut se lever mais fut obligée de se remettre au lit à midi à cause des douleurs qui étaient très violentes. Les symptômes s'aggravèrent rapidement et son médecin lui conseilla d'entrer à l'hôpital où elle arriva le 3 avril. Elle portait à ce moment-là un placard rouge, très tuméfié, allongé dans le sens de la jambe, d'une longueur d'environ 15 centimètres et d'une largeur de 7 ou 8 centimètres dont le centre était fluctuant. Mon interne, M. Pontal, pratiqua une petite incision et évacua une petite quantité de pus. Le lendemain je trouvai une eschare jaune et noire, œdématiée, de forme ovale, ayant environ 6 centimètres de long sur 4 ou 5 de large et occupant le centre de la zone phlegmoneuse.

L'analyse d'urine révéla la présence de 67 gr. 50 de sucre avec acétonurie.

Là encore j'employai le même traitement : à mesure que les parties sphacélées se détachaient elles étaient aussitôt excisées : deux pulvérisations par jour d'eau oxygénée.

Ici encore, très rapidement les phénomènes phlegmoneux s'apaisèrent, la plaie se mit à bourgeonner et aujourd'hui, vingt et un jours après le traitement, vous pouvez constater le bon aspect de la plaie.

A noter qu'une analyse d'urine pratiquée le 19 avril révéla 39 grammes de sucre et 0 d'acétone (1).

REVUE DE PHYSIOLOGIE

La Valeur calorimétrique de la ration alimentaire

M. le Dr E. Maurel, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Toulouse, résume dans les propositions suivantes les conditions que doit réunir la composition du régime alimentaire pour répondre à toutes les nécessités physiologiques.

1° Pour un kilogramme de poids normal de l'adulte, 38 calories représentent le maximum de ses besoins, et le plus souvent 35 ou 33 suffisent ;

2° On ne saurait fixer une ration sans fixer sa valeur totale en calories ;

3° Une quantité de 1 gr. 50 de substances albuminoïdes représente le maximum des dépenses en azotés, et souvent 1 gr. 25 pourront suffire ;

4° Ces substances albuminoïdes doivent être demandées à peu près en parties égales au règne animal et au règne végétal ;

5° Les corps gras doivent être fixés à environ 1 gramme par kilogramme du poids normal ;

6° Ces corps gras peuvent être demandés aux deux règnes ;

7° Relativement à la valeur en calories, la plus grande partie doit être demandée aux hydrates de carbone ; et ces derniers peuvent être considérés comme étant fournis en totalité par le règne végétal ;

8° Notre alimentation doit donc être demandée aux deux règnes mais avec prédominance pour le végétal ;

9° L'exagération des azotés et d'origine carnée, conduit à l'arthritisme et aux maladies cutanées ;

10° Le bouillon peut être maintenu dans notre alimentation, sinon à cause de sa valeur nutritive qui est négligeable, mais comme excitant des fonctions digestives et comme facilitant probablement l'utilisation de nos réserves ;

11° On peut aussi laisser dans notre alimentation une place aux boissons fermentées de table à la condition de tenir compte de leur valeur en calories et d'en limiter les quantités ;

12° Enfin, le régime carné et le régime végétarien, outre leur valeur nutritive, ont une action spéciale sur le caractère et les mœurs. Le premier est excitant et le second surtout calmant ; et c'est là un point d'une grande importance pour l'enfant et l'adolescent au point de vue de la direction de leur éducation.

(1) Bobrie. *Etude sur la syphilis post-conceptionnelle et l'hérédité syphilitique.* (Th. de Paris 1912).

(2) *Soc. d'obst., de gynéc. et de péd. de Bordeaux.*

(1) *Soc. de médec. et de chir. de Bordeaux.*

REVUE DE CLIMATOLOGIE

Les Climats d'altitude

Par M. le Professeur VIAULT
de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Les effets physiologiques du elimat d'altitude doivent être distingués suivant qu'ils s'appliquent à une eourte ascension plus ou moins rapide ou à un séjour de quelque durée.

Dans le premier cas, ils se traduisent surtout par une *action perturbatrice* plus ou moins profonde exercée sur les diverses fonctions de l'organisme et pouvant aller jusqu'à la production du mal des montagnes dans les ascensions à grande hauteur. L'hyperglobulie plus ou moins constante qui se manifeste alors peut n'être que périphérique et due au froid ou à des actions mécaniques modifiant l'hydraulique circulatoire. D'autres troubles nombreux et variés sur lesquels nous n'avons pas à insister ici caractérisent aussi cette phase initiale perturbatrice.

Au contraire, dans le cas de séjour plus ou moins prolongé dans l'altitude, après cette première phase, survient la phase secondaire ou d'*adaptation*. L'organisme s'accommode, par des mécanismes défensifs divers, à la vie dans l'air raréfié et l'hyperglobulie réelle, quoique toujours plus prononcée dans les vaisseaux superficiels, qui se produit alors est elle-même une réaction chimiotactique de défense destinée à compenser, par l'augmentation du nombre de globules rouges, la moindre quantité d'oxygène que chacun de ces globules peut capter au niveau de la surface pulmonaire. Cette réaction dont le degré est plus ou moins variable suivant les individus, n'est qu'approximativement proportionnelle à l'altitude. La présence dans le sang d'éléments nombreux néoformés (globulins ou microcytes) signalée par un très grand nombre d'observateurs et constatée sur les animaux dans les expériences en cloche prouve que cette hyperglobulie est réelle. Elle doit être rapprochée des hyperglobulies par anoxyhémie, de l'asphyxie subaiguë par sténose de la trachée et de celle de la cyanose congénitale avec rétrécissement de l'artère pulmonaire,

Les ascensions en ballons correspondant uniquement, et d'une façon encore plus accentuée à la phase perturbatrice des aseensions en montagne, ne peuvent fournir de résultats probants ni pour ni contre l'existence de l'hyperglobulie d'adaptation, et il n'y a pas lieu d'en faire état dans l'étude de l'action hématogène du climat de montagne, étude qu'elles ont contribué à obscurcir.

L'hyperglobulie d'adaptation à l'altitude n'est pas due à la concentration du sang, par suite de la séeheresse du elimat de montagne, mais elle est réelle.

L'hyperglobulie d'adaptation n'est pas due à la vasoconstriction des capillaires superficiels produite par le froid.

L'action hématogène de l'altitude ne disparaît pas complétement aprés le retour dans la plaine, mais devient seulement latente et les globules en surnombre se comportent comme ceux de l'enfant nouveau-né et de l'animal en hibernation.

Il n'est pas exact de prétendre que l'hyperglobulie est un phénomène inutile et par suite inexistant parce que, suivant quelques physiologistes, l'organisme contiendrait plus de sang qu'il n'en faut pour approvisionner suffisamment les tissus d'oxygéne, même dans l'air raréfié. Les observations en montagne et les expériences en cloche prouvent exactement le contraire.

Le climat de montagne reste done, en debors de son action générale sur la nutrition et le système nerveux, un moyen énergique et efficace d'agir sur les fonctions particulières de l'hématopoièse et sur la crase sanguine par le réveil et la mise en mouvement de l'activité formatrice des cellules hématogènes, érythroblastes, eellules de Neumann, etc.

Les faibles altitudes, 800 à 1.200 mètres, ressemblent aux petites doses de médicaments actifs et elles ne produisent qu'une perturbation très faible ou nulle, mais elles n'en amorcent pas moins, quoique d'une façon atténuée et parfois plus ou moins latente, mais pourtant réelle, le travail de rénovation sanguine qui contribue à donner une si grande importance au traitement opothérapique.

Les altitudes moyennes, 1.200 à 2.000 mètres, et les grandes altitudes, 2.000 à 4.000 mètres, et au delà (habitables seulement hors d'Europe sur les hauts plateaux de l'Amérique du Sud et de l'Asie) sont les vrais terrains où l'hyperglobulie d'altitude se produit avec toute son ampleur. Le caractère irréfutable de réaction défensive de l'organisme contre la raréfaction de l'oxygène dans l'air ambiant qu'elle revêt alors met, une fois de plus, en évidence cette grande loi physiologique de l'adaptation des êtres vivants aux conditions du milieu extérieur dans lesquels ils sont appelés à se développer et à vivre.

Les montagnes françaises de la Savoie, du Dauphiné, du Plateau Central, et surtout nos Pyrénées, offrent d'innombrables lieux de cure d'altitude pour l'été. Mais la vogue récente qu'ont obtenue les *Semaines de sports d'hiver* permet de penser qu'on pourrait organiser, grâce à la construction déjà avaneée des chemins de fer qui atteindront les sommets, quelques stations de *Cure d'hiver* qui se montreraient eertainement aussi efficaces que celles de l'Engadine.

REVUE DE DIÉTÉTIQUE

Les Huîtres dans l'alimentation des tuberculeux

On sait les avantages que certains tuberculeux retirent de l'ingestion avant les repas d'une petite quantité d'eau de mer; quelques malades cependant acceptent celle-ci avec peine, en raison de sa saveur amère et désagréable.

L'administration des huîtres permet de tourner cette difficulté, et MM. les Drs J. Charles et B. Laquet la conseillent. Six grosses huîtres fraîches ou préalablement imprégnées d'eau de mer renferment dans leurs valves 55 à 60 grammes de ce liquide ; cette dose se rapproche sensiblement de celle que l'on prescrit habituellement.

Les résultats eliniques ainsi obtenus sont des plus favorables et très sensiblement comparables à ceux fournis par la simple ingestion d'eau de mer. Les huîtres prises avant les repas déterminent rapidement au bout de quelques jours une augmentation très manifeste de l'appétit et rendent les digestions plus régulières. Tout comme la médication marine, elles permettent souvent d'obtenir un relèvement dans la sécrétion gastrique. C'est ce que MM. Charles et Laquet ont pu constater ehez bon nombre de leurs malades en les soumettant avant tout traitement à un repas d'épreuve et en faisant chez eux un nouvel examen après huit jours de régime spécial.

L'huître est donc à recommander chez les tuberculeux dont la sécrétion gastrique est si généralement insuffisante. Elle n'agit pas seulement par l'eau de mer, par les albumines, les graisses, les hydrocarbonates, les sels minéraux et surtout les phosphates qui entrent dans sa composition, elle est un tonique de premier ordre. C'est un véritable « aliment complet » dont on se trouvera bien de faire bénéficier les malades affaiblis et sans appétit.

CARNET DU PRATICIEN

Poudre pour favoriser le massage.

Amidon de riz	50 grammes
Kaolin	50 —
Talc	25 —
Magnésie calcinée	25 —
Oxyde de zinc	25 —

Contre le prurit.

Pratiquer des onctions avec la pommade suivante :

Menthol	5 grammes
Hydrate de chloral	5 —
Camphre pulvérisé	5 —
Lanoline	35 —
Vaseline	50 —

(DARIER.)

Contre la migraine.

Prendre à une heure d'intervalle deux des cachets suivants :

Acétanilide	0 gr. 15
Valérianate de caféine	0 gr. 15
Phénacétine	0 gr. 20

(prendre un cachet).

Blépharite ciliaire.

Précipité ronge	0 gr. 10
Acétate de plomb cristallisée	0 gr. 005
Huile de noisettes	V gouttes
Axooge stérilisé	5 grammes

Enduire le soir en massant légèrement le bord libre des paupières. Le matin, bain local d'infusion de thé vert aiguisée d'eau boriquée.

(GALEZOWSKI).

Indications des Stations hydrominérales et climatiques

En romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

En romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant* pas *d'eau.*

En «italique». — *Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydro-minéral.*

Albuminuries. — Saint-Nectaire.
Anémie. — Cauterets, Lamalou, La Bourboule.
Arthritisme. — Contrexéville, Cauterets, Mont-Dore.
Artério-sclérose. — Plombières, Royat.
Asthme. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Enghien.
Bronchites. — Cauterets.
Bronchites chroniques. — Cauterets, Mont-Dore La Bourboule.
Coliques hépatiques. — Contrexéville.
Constipation. — Cauterets, Châtel-Guyon.
Coryza chronique. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades, Enghien.
Dermatoses. — Saint-Christau, La Bourboule, Fumades.
Diabètes. — Contrexéville, La Bourboule, Vichy.
Dyspepsies. — Plombières, Cauterets.
Emphysème. — Mont-Dore, La Bourboule, Enghien.
Entérites. — Châtel-Guyon, Cauterets, Plombières.
Estomac. — Vichy, Plombières.
Foie. — Contrexéville.
Gorge. — Mont-Dore, Canterets, La Bourboule, Fumades
Goutte. — Contrexéville, Aix-les-Bains.
Gravelle urique. — Contrexéville, Châtel-Guyon, Vichy.
Laryngites. — Cauterets, La Bourboule, Fumades, Enghien.
Leucoplasie. — Saint-Christau.
Métrites. — Plombières, Salins-Moutiers, Fumades.
Névralgies. — Plombières.
Nez. — Mont-Dore, Canterets, La Bourboule, Fumades.
Reins (Lavage). — Contrexéville.
Rhumatismes. — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax.
Rhume des Foins. — Mont-Dore, La Bourboule.
Sciatique. — Aix-les-Bains.
Syphilis. — Canterets, Aix-les-Bains.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZAMN

VARIÉTÉS

Internement des infirmes mentaux en Angleterre

Le gouvernement anglais vient de déposer un projet de loi permettant de faire placer dans des maisons spéciales les infirmes mentaux.

Voici les dispositions les plus intéressantes de ce projet :

I. Seront considérés comme infirmes mentaux au sens du présent acte :

a) Les idiots, c'est-à-dire les personnes assez insuffisantes au point de vue mental, depuis leur naissance ou depuis leur jeune âge, pour être incapables de se protéger elles-mêmes contre les dangers physiques ordinaires ;

b) Les imbéciles, c'est-à-dire les personnes chez qui il existe, depuis leur naissance ou leur jeune âge, une insuffisance mentale n'allant pas jusqu'à l'idiotisme, mais assez prononcée pour qu'elles soient incapables de se diriger elles-mêmes ou de diriger leurs affaires, ou, s'il s'agit d'enfants, d'apprendre à le faire ;

c) Les faibles d'esprit, c'est-à-dire les personnes chez qui il existe, depuis leur naissance ou leur jeune âge, une insuffisance mentale n'allant pas jusqu'à l'imbécillité, mais assez prononcée pour qu'elles aient besoin de soins, de surveillance et de contrôle pour leur propre protection ou en vue de la protection d'autrui, ou, s'il s'agit d'enfants, pour qu'ils soient incapables de recevoir les bienfaits de l'instruction dans les écoles ordinaires ;

d) Les débiles moraux ; c'est-à-dire les personnes qui, dès leur jeune âge, montrent quelque défaut mental de nature permanente joint à de fortes propensions vicieuses ou criminelles sur lesquelles les punitions n'ont que peu ou point d'effet.

II. Les personnes pouvant être considérées comme infirmes mentales au sens indiqué par les définitions précédentes, pourront être envoyées dans un établissement spécial, ou placées sous la surveillance de gardiens dans les cas suivants :

1° Si les parents ou les gardiens en font la demande ;

2° Sur la demande des autorités locales ou de tierces personnes, s'il s'agit d'une personne qui, outre son infirmité mentale,

a) Se trouve négligée, abandonnée ou traitée avec cruauté ;

b) Est reconnue coupable de quelque délit, ou au sujet de laquelle un jugement a été rendu, ou puisse être rendu, ordonnant de l'envoyer dans une école industrielle autorisée ;

c) Est en train de subir un emprisonnement (sauf l'emprisonnement en matière civile) ou des travaux forcés, ou est détenue dans une maison pénitentiaire à la suite d'un jugement, ou dans une maison de correction ou école industrielle, ou dans une maison de correction pour les ivrognes, ou dans un asile d'aliénés ou dans une maison de fous criminels ;

d) Est un acoolique invétéré au sens des actes contre l'ivresse, 1879 à 1900, ou l'envoi dans les maisons spéciales ne pourra avoir lieu qu'après un examen médical et l'autorisation de la commission du contrôle.

ÉCHOS

Mort du professeur Poncet.

Nous avons appris avec regret la mort foudroyante de M. Antonin Poncet, un des professeurs dont s'honore l'école lyonnaise. Docteur et agrégé de chirurgie de la faculté de Paris en 1879, Poncet vint à Lyon où il fut nommé professeur de médecine opératoire en 1882 et professeur de clinique chirurgicale en 1890. Il était membre de l'Académie de médecine depuis 1895. Antonin Poncet a publié de nombreux ouvrages et l'on peut citer, parmi ses travaux, les traités sur les maladies des os, sur les maladies de la prostate, sur la castration, également ses recherches sur l'actinomycose humaine.

Poncet, depuis quelques années, habitait Paris et ne venait à Lyon que pour faire ses cours auxquels les étudiants se pressaient en foule. C'est lui qui, le soir du 24 juin 1894, après l'attentat de Caserio, fut le premier à la préfecture, où il était arrivé en courant, après avoir fait une partie du trajet sur le marchepied du landeau présidentiel, tentant d'une main d'arrêter l'hémorragie produite par le poignard de l'assassin. Ceux qui ont vécu la nuit tragique se rappelleront l'émotion de tous ceux qui assistèrent aux derniers moments du président Carnot. Il y avait là, notamment, parmi les médecins, M. Gailleton, maire de Lyon, l'illustre professeur Ollier, le docteur Masson, député du Rhône, Antonin Poncet. Ce fut ce dernier, en pleine possession de son sang-froid, qui détermina au cours d'une angoissante autant que brève consultation, de tenter une suprême opération pour sauver l'infortunée victime. Antonin Poncet était officier de la Légion d'honneur.

Clinicat de la faculté de médecine de l'université de Paris.

Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique de la faculté de médecine de l'université de Paris s'ouvrira à ladite faculté, le lundi 13 octobre 1913, à neuf heures du matin.

Les places mises au concours sont les suivantes :

1° Clinicat médical : titulaires, 3 ; adjoints, 5. — 2° Clinicat chirurgical : titulaires, 2 ; adjoints, 3. — 3° Clinicat des maladies mentales : titulaires, 2 ; adjoints, 2. — 4° Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques, titulaire, 1 ; adjoint, 1. — 5° Clinicat des maladies nerveuses : adjoint, 1. — 6° Clinicat médical infantile : titulaire, 1 ; adjoints, 2. — 7° Clinicat obstétrical : titulaire, 1 ; adjoints, 4. — 8° Clinicat chirurgical infantile : titulaire, 1 ; adjoint, 1. — Clinicat thérapeutique : titulaire, 1 ; adjoint, 1.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine français, sans limite d'âge. Inscription au secrétariat de la faculté, jusqu'au samedi 4 octobre, inclusivement.

Les rats sanitaires.

La commission d'hygiène publique de Cincinnati vient de créer une ferme spéciale pour l'élevage des rats et des souris. Les rongeurs, qui seraient soignés par les pensionnaires d'une maison de correction de Cincinnati, sont destinés à contrôler la qualité des comestibles saisis par la police du marché des vivres et suspects d'être malsains. Si les bêtes meurent, les poursuites sont engagées.

Attentat contre un médecin.

Un individu nommé G..., dessinateur, âgé de vingt-cinq ans, a tenté, il y a quelques jours, au cours d'un accès de folie, de tuer un médecin de Saint-Mandé, le docteur Philippe. Celui-ci, appelé au domicile du dessinateur, se trouva en présence du jeune homme, qui lui présenta un papier sur lequel étaient tracées des phrases incohérentes. Le docteur observa le malade, lui posa plusieurs questions. Tout à coup, le dessinateur saisit deux couteaux et se précipita sur le praticien qui put, non sans être blessé au visage, repousser son agresseur et sortir prestement de la pièce.

Le radium.

Le directeur de l'institut de physique et de chimie à l'Ecole des mines de Goslar (Allemagne), le professeur Valentiner, a constaté la présence de grandes quantités de radium dans certaines sources de la région du Harz, notamment dans les environs de Sankt-Andreasberg.

L'exercice des professions médicales au Maroc.

L'exercice des professions de médecin, pharmacien, sage-femme n'était soumis jusqu'à présent au Maroc à aucune réglementation. L'augmentation rapidement croissante de la population européenne rendait la situation dangereuse.

L'Association des médecins et pharmaciens de Casablanca, préoccupée de cet état de choses et soucieuse de défendre les intérêts de ses membres, émit un vœu demandant au Gouvernement du protectorat de prendre des mesures en vue de préserver la santé publique. Dans plusieurs villes, en effet, des personnes n'ayant aucun diplôme, n'ayant fait aucune étude préparatoire à l'exercice d'une profession dans laquelle une erreur peut avoir les plus graves conséquences pratiquent, librement la médecine ou la pharmacie.

Une circulaire vient d'être soumise à l'approbation du grand-vizir et signée par lui ayant pour but de transmettre aux pachas un arrêté municipal sur l'exercice de ces professions. Aux termes de ce règlement, il est interdit de pratiquer sans une autorisation du pacha visée par les autorités du contrôle administratif de sa circonscription. Cette autorisation sera délivrée sur production des diplômes des intéressés, et visée par le consul de leur pays d'origine.

A l'effet de ménager la transition, les praticiens étrangers non diplômés qui exerçaient au Maroc depuis au moins cinq ans, à la date de la signature du traité de protectorat, pourront continuer à exercer leur art. Les contrevenants aux dispositions du nouvel arrêté seront poursuivis conformément à la législation du pays dont ils relèvent.

Il est à remarquer que ce texte ne s'applique qu'aux Européens exerçant les fonctions précitées. Cette particularité s'explique par la difficulté qu'il y aurait à rechercher les nombreux indigènes qui donnent leurs soins aux sujets marocains, et par la répercussion fâcheuse que pourrait avoir dans la masse de la population l'application d'un règlement susceptible de heurter des coutumes fort anciennes.

Externat des hôpitaux et hospices de Paris (1913).

Le concours annuel pour l'admission des élèves en médecine, externes des hôpitaux et hospices de Paris, s'est ouvert le lundi 15 septembre, à la salle du concours de l'administration, de l'Assistance publique, rue des Saints-Pères. Le jury du concours est composé de MM. les docteurs et médecins des hôpitaux : Achille Louste, Léon Lortat-Jacob, Cl. Vincent, Roux-Berger, Albert Mathieu, Paul Hallopeau, Louis Devraigne et Magitot.

Le nombre des candidats est de quatre cent cinquante, dont quarante-huit candidats militaires, et trente et une femmes. Voici les noms de ces dernières :

Mlles Akbroit, Angelini, Baute, Marthe Bernard, Suzanne Bernard, Brian, Cassel, Chabannas, Déjerine, Desplas, Finkelstein, Friedmann, Gaboriau, Gimbert, Gomberg, Gotchalkowsky, Lebet, Lévy, Malartic, Ostwalt, Pommay, Porquer, Pylkov, Salinas, Salmon, de Saussines, Mme Sloutzky née Taslitzki, Mlles Troncay, Vandamme, Willème, Wolff.

Y a-t-il du radium dans le grisou ?

MM. Moureu et Lepape, en analysant le grisou recueilli dans diverses mines de houille, y ont découvert de l'hélium dans des proportions de 13 0/0 de la quantité d'azote. L'hélium étant produit par la désagrégation du radium, MM. Moureu et Lepape ont poursuivi leurs recherches : ils ont découvert quatre gaz rares : argon, krypton, néon et xénon, mais n'ont pas trouvé de traces appréciables d'émanations de radium.

Protection contre la fraude.

D'après une décision douanière, prise par la Confédération Autrichienne, en date du 18 juin 1913, les mélanges synthétiques qui portent des dénominations géographiques telles que Carlsbad, Vichy, etc., et dont la constitution est analogue à celle des sels naturels extraits de ces sources (bien que ces mélanges ne proviennent pas de ces eaux), doivent faire précéder lesdites dénominations du mot « imitation ». Lorsqu'il n'y a pas une analogie suffisante entre les dits mélanges et les sels naturels extraits des sources, l'emploi des dénominations géographiques est interdit.

Un village dévasté par la variole.

Dans l'île Sakhaline, un village russe de 1.100 habitants vient d'être complètement anéanti par la variole : seul survit un vieillard de soixante-douze ans. Il y a quelques mois, plusieurs enfants avaient été atteints par la maladie : on leur fit prendre des bains avec les enfants bien portants croyant que c'était là un remède. Naturellement, l'épidémie se propagea : toute la population fut fauchée. Le gouvernement a fait fermer toutes les maisons : la plupart contiennent des cadavres non ensevelis. Le « village de la mort » — c'est ainsi qu'on le nomme dans les environs — va être prochainement purifié par un vaste incendie.

84e Année (Série XIIIe) — N° 218 LE NUMÉRO : 25 CENTIMES Mercredi 8 Octobre 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 8 Octobre 1913

A nos Collaborateurs

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la *Gazette Médicale de Paris*, sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs, mettra désormais, à leur disposition un tirage à part à 50 exemplaires, de leurs articles inédits qu'elle aura publiés.

ÉCHOS

Nos amis.

M. le docteur Rajat, directeur du bureau d'hygiène de Vichy, vient d'être promu officier du Mérite Agricole.

Toutes nos plus chaleureuses félicitations à ce fidèle ami de la *Gazette Médicale.*

Distinctions honorifiques.

Parmi les nouveaux décorés de l'ordre du Mérite Agricole, nous sommes heureux de relever les noms de MM. les docteurs O'Followel (de Paris), Rajat (de Vichy), promus officiers et ceux de MM. E. Blum, Lortat-Jacob, Denourné, May (de Paris) ; Beangeois, de Saint-Valery-en-Caux (Seine-Inférieure) ; Beausoleil, de Bordeaux; Orlanducci, de Vescovato (Corse) ; Steinhart, de Nonant-le-Pin (Orne), nommés chevaliers.

Une session d'examens réservée aux étudiants de la classe 1910.

Conformément aux engagements qu'il avais pris, M. Louis Barthou, président du conseil, ministre de l'instruction publique, a décidé qu'une session d'examens serait réservée aux étudiants de la classe de 1910, incorporés en 1911, qui ne doivent être libérés que le 8 novembre prochain, c'est-à-dire à une époque où sera close la session qui s'ouvre chaque année, en octobre-novembre, dans les différentes facultés et écoles d'enseignement supérieur.

MM. les recteurs des académies ont été invités à notifier cette décision aux doyens et directeurs, et à s'entendre avec eux pour adresser au ministre de l'Instruction publique des propositions en vue de la fixation de la date d'ouverture de cette session extraordinaire.

Au Conseil supérieur d'hygiène.

Le docteur Brouardel, médecin des hôpitaux, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, a été nommé membre dudit Conseil, en remplacement du docteur J. Borne, décédé.

Syndicat des Urologistes.

La première réunion pour la constitution du Syndicat des Urologistes Français aura lieu à Paris, le « vendredi 10 octobre prochain, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, salle F, à huit heures et demie précises du soir ».

MM. les Urologistes ayant adhéré au Syndicat sont priés d'y assister pour établir les Statuts définitifs et élire les membres du Bureau.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Docteur Gallois, 121, boulevard de la Liberté, à Lille (Nord).

Récamier et les honoraires médicaux

Nombre de personnes ne comprennent point que le prix réclamé par un médecin pour ses visites puisse être modifié suivant le client visité.

Cette façon de voir n'est point particulière à notre temps. Rien ne le montre mieux comme la très curieuse lettre suivante du chirurgien Récamier, qui montre en excellents termes, du reste, la légitimité de ces prix différents pour une même ordonnance.

« Monsieur,

« Vous savez qu'en tout il est une hiérarchie, une proportion convenable entre les objets. Pensez-vous que la justice puisse me permettre de faire, chez Mme de Boigne, ou dans une maison comme la nôtre, des visites de médecin au même prix que chez le moindre artisan ? Cela n'est pas possible, parce qu'il est des convenances sur lesquelles il n'est pas permis, ce me semble, de passer.

« Il est vrai qu'il y a trente ou quarante ans, le prix courant des visites de médecin était de trois livres, mais n'est-ce pas les traiter avec trop de rigueur que de vouloir les retenir toujours au même prix lorsque celui de toutes les denrées de consommation est plus que triplé et que la somme de travail qu'ils ont à faire, quand ils veulent exercer leur état avec délicatesse, augmente chaque jour ?

« Je suis toujours mortifié lorsque je suis forcé de prendre le nombre de mes visites pour base de mon calcul, parce qu'il est telle visite qui décide de la vie ou du soulagement du souffrant, je voudrais ne compter que celle-là.

« J'espère que vous ne serez pas privé des soins de M. Marinier. Si contre mon désir, cela arrivait malheureusement, et que vous jugeassiez convenable de vous adresser à moi, vous ne trouverez pas mauvais que, pour trancher dès ce moment toute explication à ce sujet, je vous dise que, dans une maison comme la vôtre, des visites de médecin doivent valoir au moins un tiers ou une moitié de plus que chez votre porteur d'eau qui les paye trois livres.

« Somme totale, le médecin peut ou doit sentir comme un autre homme : auriez-vous la cruauté de contribuer à mettre celui à qui vous donneriez votre confiance dans l'impossibilité de perdre aucune visite auprès des malheureux, et pensez-vous qu'il fût de votre intérêt personnel de le forcer à précipiter les visites chez vous, pour se venger de la modicité du prix par le nombre ? Cest un conseil que je ne pourrais vous donner, car quel que soit l'homme de l'art à qui vous donniez votre confiance, il est important pour vous qu'il ne compte pas les minutes qu'il passe au chevet de votre lit. Il est important, pour celui qui souffre, que son médecin puisse circonscrire le nombre des malades qu'il voit dans le jour, sans nuire trop à son absence. En conséquence, il faut que le prix des visites remplace le nombre jusqu'à un certain point. Ai-je besoin de vous faire sentir, d'ailleurs, que la visite du médecin dans un galetas est exempte de tout accessoire, et, par conséquent, essentiellement très courte, ce qui ne peut pas être dans un autre classe de la société ?

« La plupart des visites faites chez Madame de Boigne ont été faites à heure fixe, et parfois la partie morale du traitement a présenté quelque difficulté et demandé un temps qui rejettent beaucoup des visites faites chez elle hors de la classe des visites ordinaires. Vous ne serez donc pas surpris que j'aie pensé les porter à un prix modéré en les évaluant à six livres, de prime abord, prix qui est celui des maisons bourgeoises. Je les ai, eu égard aux circonstances que je regrette beaucoup à cause de vous, réduit à quatre livres, ce que je n'eusse nullement fait pour M. de Boigne.

« J'ai l'honneur d'être, avec une parfaite considération, Monsieur, etc. « RÉCAMIER ».

Un triste bilan alcoolique

C'est celui d'un canton de Normandie, que vient d'exposer M. J.-P. Ménard, et il est particulièrement douloureux. L'alcool y entre dans les habitudes de l'enfant dès le tout jeune âge, puisqu'il figure déjà au baptême et que pendant les mois qui suivent, le biberon en contient souvent quelques gouttes « pour chasser les vers ». Plus tard, on va à l'ecole avec une petite fiole de café alcoolisé dans le fond du panier.

L'âge vient : douze, seize, dix-huit ans. La fatale passion s'installe définitivement pour atteindre son maximum entre vingt-cinq et trente. A ce moment, le palais peut tout affronter, l'habitude est prise, elle est indéracinable.

Toutes les boissons entrent en ligne de compte, mais le vin et les liqueurs n'y ont, dans les milieux ouvriers, qu'une part minime. Ce sont les eaux-de-vie et le cidre qui font la majeure partie du mal, ce dernier par la quantité, puisqu'il n'est pas rare de voir un sujet en absorber six à huit litres en un jour. Quant à l'alcool pur, il ne va guère sans l'accompagnement du café, lequel sert surtout de pavillon couvrant une mauvaise marchandise, car les rôles respectifs de l'un et de l'autre sont extraordinairement inégaux. La même tasse de café sert de prétexte à l'addition de petits verres successifs, de décilitres et de « demoiselles » qui remplacent petit à petit l'infusion primitive. Et tout est occasion à de nouveaux « cafés » se transformant de la sorte, d'autant que la triste scène se répète volontiers d'auberge en auberge, au gré des rencontres et de la multiplicité des établissements le long du chemin.

De ceux-ci même on se passe, et l'alcoolisme à domicile est très en faveur. Tel ménage d'ouvriers, composé du père, de la mère et d'un enfant de neuf ans, achète tous les jours un demi-litre d'alcool et un litre le samedi ; le fait est loin d'être exceptionnel. Ville et campagne, tout se ressemble à cet égard.

Les résultats, il n'est guère besoin d'en faire mention. Chacun est édifié, à l'heure présente, sur les méfaits de l'alcool. Facteur de décrépitude physique et de déchéance morale, tel est le jugement résumé de notre confrère, et tout le monde y souscrira. Fauteur de ruine aussi, car cet alcool est onéreux aux bourses modestes. Prêchera-t-on toujours dans le désert en stigmatisant, bilans en main et preuves sous les yeux, l'alcool, générateur incomparable de misère, de maladie et de mort?

L'influence de la pluie sur la population

Heureuses les régions où il pleut beaucoup ; c'est une constatation faite outre-mer qui peut nous inciter à pousser ce cri.

Aux Etats-Unis, la distribution de la population est en effet réglée par l'abondance ou la disette des pluies.

Là où elles atteignent annuellement 30 ou 40 pouces, la population est dense, soit environ 45 habitants par kilomètre carré.

Dans les régions arides où la pluie ne dépasse pas 20 pouces par année, on ne compte pas plus de 3 0/0 de la population totale des Etats-Unis.

Médecins, Chirurgiens et Apothicaires

On se plaint parfois de ne pas voir régner une parfaite concorde entre médecins, chirurgiens et pharmaciens.

Ce sont là, cependant, mœurs anciennes, à preuve le récit suivant que nous empruntons à Dionis :

« En allant au-devant de Madame la Duchesse de Bourgogne, nous séjournâmes, quelques jours à Lyon; dans ce temps-là M. Parisot, habile chirurgien de Lyon, fit l'opération du bubonocèle à une demoiselle dans le couvent des Nouvelles-Converties. Les médecins s'acharnèrent de ce que les vomissements n'étaient point cessé aussitôt que l'opération eût été faite, et, suivant leur coutume, ils en accusèrent l'opérateur, disant qu'il n'avait pas assez débridé les anneaux comme ils lui avaient ordonné dans le temps de l'opération. On me pria d'y aller, je trouvai l'opération fort bien faite, on avoit fait avaler à la malade plusieurs bales de plomb, et 3 ou 4 onces de vif argent par-dessus, prétendant qu'il couleroit plus vite que les bales. Il y avoit quatre médecins dont M. Falconnet était du nombre ; je leur fis voir les suites fâcheuses que pouvait avoir cette pratique, en leur représentant que la portion des boyaux qui avait été enfermée dans la tumeur ayant dû être dilatée par les matieres qu'elle avoit contenues, et par conséquent étant afoiblie, ces bales et ce vif argent pouvoient s'arrêter dans cet endroit comme dans une poche, et par pesanteur faire crever le boyau et causer ainsi la mort. Je leur rapportai la pratique de M. Moreau, et on donna sur l'heure un verre de purgatif, et deux heures après un autre; aussitôt que le ventre se fut ouvert le vomissement cessa, la malade guérit et les médecins furent forcés de rendre justice à M. Parisot.

Je fus étonné du procédé de ces messieurs à l'égard des chirurgiens qu'ils traitent cavaliérement et qu'ils controllent toujours dans le temps de l'opération. Ces messieurs disent pour leur raison que les opérateurs faisoient incessamment des fautes s'ils n'étoient assistés du conseil des médecins. Mais si un chirurgien a besoin d'être secouru pendant qu'il travaille, il ne peut l'être mieux que par un autre chirurgien expert dans les opérations.

« Les chirurgiens ne sont pas les seuls que les médecins de Lyon fatiguent, les apoticaires en sont encore plus persécutez. Ces docteurs ayant comme entrepris de ruiner ceux-ci, envoyèrent tout le monde acheter les médicaments qu'ils ordonnent chez les R. P. Jésuites, qui y ont une fameuse Apothicairerie ; et les mêmes ont encore depuis sept ou huit ans établi des sœurs de la Charité à l'Hôpital qui font et débitent toutes sortes de compositions. Le prétexte qu'ils ont pris pour autoriser cette nouveauté, c'est que par ce moyen, disent-ils, les œuvres profitent du gain qu'on fait de la vente de ces drogues. Mais ces messieurs, qui prétendent par là faire valoir leur autorité, ne font point attention qu'en perdant la chirurgie et la pharmacie, ils font un tort considérable à la médecine qui serait respectée de tout le monde s'il y avoit de l'union entre les trois corps qui la composent. »

Le Traitement de l'Epistaxis

Par M. le Docteur NEMERY

Médecin de régiment de 2e classe de l'armée belge.

Dans le traitement de l'épistaxis, deux indications sont à remplir :

1° Assurer l'hémostase immédiate lorsque le sang coule avec abondance ou bien lorsque l'écoulement, quoique minime, persiste longtemps sans diminution ni ralentissement ;

2° Prévenir le retour de l'hémorragie.

Mais d'abord une question préjudicielle se pose : doit-on toujours arrêter une épistaxis ? On peut, sans hésiter, répondre par la négative. Ainsi, les hémorragies nasales critiques survenant au cours de quelques maladies aiguës (pneumonie, érysipèle de la face), celles qui marquent le début de certaines pyrexies, peuvent être considérées comme salutaires ; elles produisent généralement une détente marquée dans les sensations douloureuses qu'éprouvent les malades du côté de la tête. Nous en dirons autant des hémorragies nasales survenant chez les brightiques en imminence d'urémie, chez les hépatiques en état de toxémie, chez des cardiaques, des artério-scléreux menacés d'hémorragie cérébrale. Cependant s'il ne faut pas arrêter prématurément une épistaxis salutaire, il ne faut pas attendre pour intervenir que la durée ou l'abondance de l'écoulement sanguin aient déjà déterminé des symptômes dus à l'excès de la spoliation sanguine. Il faudra aussi le faire, dans le cas d'hémorragies répétées, avant que ces récidives n'aient créé cet éréthisme vasculaire spécial que Marshall-Hall appelait : « état de réaction excessive », qui est la cause de rechutes nouvelles de plus en plus répétées et de plus en plus rapprochées.

Mais comme le médecin n'arrive généralement que quand il s'agit d'une hémorragie qui dure depuis un certain temps et qui a résisté aux moyens encore fort en honneur dans le public (élévation des bras, application de corps froids sur la nuque, de morceau de glace sur le scrotum ou sur les seins, etc.) il lui faudra mettre immédiatement en œuvre des moyens plus médicaux. Ceux qui ont été préconisés jusqu'à présent sont très nombreux et peuvent se diviser en médicamenteux et en mécaniques. Parmi les premiers, citons d'abord, pour mémoire, l'antique et surannée injection de perchlorure de fer dans les fosses nasales ; elle doit être absolument rejetée, parce que caustique, elle irrite violemment la pituitaire et peut produire des escharres.

Carnot a préconisé le sérum gélatiné à 16 0/00 ; il fait une injection de 30 à 40 cc. dans la fosse nasale qui saigne, puis la ferme en plaçant dans la narine correspondante un tampon d'ouate hydrophile imprégnée de la même solution. En présence des accidents infectieux et tétaniques auxquels les solutions gélatinées ont donné lieu, le procédé n'est pas à conseiller.

Les insufflations de poudre d'alun, de sulfate de zinc, ne donnent pas de résultats satisfaisants : toutes ces poudres se dessèchent sur la muqueuse, y forment des croûtes qui ne peuvent guère se détacher sans que l'hémorragie se reproduise.

Ruault a recommandé l'application locale de cocaïne dont le pouvoir vaso-constricteur est considérable. On imbibe, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième et même au cinquième, un tampon de coton hydrophile très modérément serré et on l'introduit à l'aide du spéculum et d'une pince coudée, dans la partie antérieure de la fosse nasale. On aura bien soin de recommander au malade de tenir la tête penchée en avant pendant cette manœuvre, afin que le liquide en excès s'échappant du tampon s'écoule en dehors et non dans le pharynx : sa déglutition pouvant donner lieu à de l'intoxication. Dans la grande majorité des cas, on obtiendra ainsi, au bout de quelques minutes, l'arrêt complet de l'écoulement sanguin. Mais souvent cet arrêt n'est que momentané : après un quart d'heure ou plus, l'hémorragie reparaît, parfois plus forte, et si l'on recourt de nouveau à son application, on reconnaît qu'elle donne des résultats moins durables encore que la première. A la vaso-constriction du début succède une réaction vaso-dilatatrice, par congestion de retour. C'est le grand inconvénient de la cocaïne. Elle ne sera donc recommandable qu'en cas d'épistaxis d'abondance médiocre, survenant sous l'influence de poussées congestives passagères et provoquées par la digestion, la chaleur, l'excitation sexuelle, etc. Une autre critique à lui adresser, c'est qu'elle peut déterminer des phénomènes toxiques chez les malades très sensibles à son action. Par l'adjonction de l'adrénaline, les propriétés vaso-constrictives de la cocaïne sont renforcées, mais cependant sans s'opposer à la paralysie vaso-motrice consécutive.

M. Hénnocque a proposé, il y a quelques années, d'employer la solution d'antipyrine à 10 0/0, comme hémostatique vaso-constricteur ; son action n'est guère plus durable que celle de la cocaïne-adrénaline. On l'a remplacée depuis quelque temps par la ferripyrine, produit de l'action du perchlorure de fer sur l'antipyrine ; on l'emploie aux mêmes doses que cette dernière ; elle ne présente pas les graves défauts du perchlorure.

Lermoyez et Gellé ont employé dans le traitement des rhinorragies l'eau oxygénée à 12 volumes. Ce médicament jouit non seulement de propriétés hémostatiques énergiques, mais il est, en outre, un bon antiseptique. On en imbibe un petit tampon de ouate hydrophile que l'on introduit dans la narine qui saigne. Mais quand on le retire, on a souvent la désagréable surprise de voir se reproduire l'hémorragie, lorsque le tampon, en restant en place trop longtemps, s'est desséché et a adhéré à la muqueuse. Pour éviter cet inconvénient, il faut humidifier l'ouate avant de la retirer.

Rougier badigeonne la pituitaire avec un collodion spécial dont voici la formule :

Acide benzoïque....	5 grammes.
Acide tannique.....	5 —
Acide phénique ...	5 —
Collodion ordinaire.	100 —

L'application n'en est pas facile, elle provoque des éternuements et l'usage ne s'en est pas répandu.

Le penghawar djambi, introduit dans la pratique rhinologique par le Dr Lubet-Barbon, est une fougère arborescente de l'Inde dont on utilise les filaments soyeux. Il jouit de propriétés hémostatiques remarquables, il fait cesser presque immédiatement l'hémorragie, quand on le met en contact avec la surface cruentée. Il suffit d'en prendre une petite touffe et de l'appliquer sur le point qui saigne. Il a l'avantage d'agir en dehors de toute compression, de ne pas produire d'obstruction nasale si gênante pour le malade et de pouvoir s'appliquer dans n'importe quel point des fosses nasales. Par la légère irritation qu'il produit sur la muqueuse, il en excite le fonctionnement des glandes mucipares, il s'imbibe de cette sécrétion ; il reste donc toujours humide, ce qui facilite, sans craindre le retour de l'hémorragie, son enlèvement. Celui-ci doit être fait très soigneusement de façon que rien ne reste dans la fosse nasale. Car Lermoyez a signalé que, si quelques fibrilles de penghawar restaient collées sur la muqueuse, elles pouvaient déterminer une irritation locale permanente qui amènerait la formation de tumeurs auxquelles il a donné le nom de « tumeurs à penghawar ». Quoique nous ayons employé un très grand nombre de fois cet agent thérapeutique, nous n'avons jamais rien observé de semblable.

C'est de tous les moyens signalés jusqu'à présent, celui qui donne les meilleurs résultats et dont l'application ne présente pas d'inconvénients. Voici comme il faut procéder : le malade est placé dans une pièce bien aérée ; on lui enlève tout ce qui peut serrer le cou, on le fait asseoir le buste droit, la tête très légèrement inclinée au-dessus d'un vase destiné à recueillir le sang ; ses inspirations, faites par le nez, doivent être profondes, lentes, continues et régulières. On s'assurera d'abord si l'écoulement se fait par une seule ou par les deux narines, puis on fait un examen rhinoscopique antérieur au moyen du spéculum fenêtré de Franckel.

Avec de petits tampons d'ouate hydrophile portés par une pince coudée fine on procède méthodiquement à la recherche du point qui saigne. Il faut commencer cette exploration par les parties supérieures, c'est-à-dire par le méat supérieur, puis tout en épongeant et en asséchant la muqueuse, on descendra vers l'étage inférieur pour finir par la cloison. Découvert le point d'où vient le sang, on saisit avec la pince une petite touffe de penghawar et on l'applique sur l'érosion. Inutile d'en mettre en grande quantité ni de serrer. En général, l'hémostase est rapidement assurée.

Quand aucun de ces moyens ne réussit, on doit avoir recours aux procédés mécaniques : compressions et tamponnement.

La compression ne donne réellement de résultats que lorsque le sang part de la partie antérieure du septum. Elle peut être réalisée simplement en pinçant fortement entre les doigts l'extrémité du nez : mais il existe, pour remplacer cette compression digitale, de nombreux appareils, celui de Delstanche, celui-ci d'Escat et la pince de Ruault. Celle est la plus pratique. Elle a l'avantage de pouvoir être appliquée intérieurement sur les deux faces de la cloison même, sans que sa présence s'oppose à la respiration nasale. Pour peu que la cloison ne présente pas de malformation excessive, l'instrument, s'il est convenablement appliqué, peut être laissé en place pendant plusieurs heures sans que le malade s'en plaigne.

Ces instruments ne sont applicables que dans les épistaxis provenant de la partie inférieure de la cloison.

On peut encore réaliser l'hémostase par compression, en enfonçant dans toute la longueur du méat inférieur un gros drain non fenêtré ; on l'assujettit au moyen de bandelettes de gaze insinuées entre la muqueuse et le caoutchouc, principalement en haut. Ce moyen, s'il permet la respiration nasale, est d'une application assez douloureuse et ne met pas à l'abri des inconvénients d'un tamponnement ordinaire. Dans le même ordre d'idées, on s'est servi de l'introduction d'un condom. On fait pénétrer à l'aide d'une pince, jusqu'à la partie la plus reculée du nez, un condom déroulé que l'on gonfle et que l'on maintient rempli d'air, à l'aide d'une ligature posée à son extrémité, au niveau de la narine. C'est une compression douce et élastique, épousant parfaitement les sinuosités de la fosse nasale.

Lorsque le sang continue à couler en nappe, que son point d'origine reste obscur, on peut se voir obligé de recourir au tamponnement soit intranasal, soit antéro-postérieur.

Pour que le tamponnement intranasal (appelé généralement par les auteurs tamponnement antérieur) soit réellement efficace, il faut que le médecin le pratique sous le contrôle de l'œil, à travers le spéculum, en s'aidant d'un hon éclairage. A l'aide d'une pince condée à fines hranches, on introduit dans la fosse nasale qui saigne, en procédant méthodiquement de haut en bas, de petits tampons gros comme un pois, façonnés avec de l'ouate hydrophile stérilisée, imprégnée d'aristol en poudre. Ces petits tampons, introduits successivement, doivent produire l'occlusion de toutes les parties abordables de la cavité nasale, depuis la narine jusqu'à l'orifice choanal et en même temps réaliser une compression uniformément répartie et suffisante pour être efficace mais non douloureuse. Au lieu de tampons de ouate hydrophile on peut utiliser la gaze iodoformée fine, en petites mèches de dix centimètres de long.

Combien de temps ce tamponnement peut-il rester en place ? On se guidera pour limiter cette durée sur l'état du malade et sur l'état du pansement. Au hout de 24 heures déjà les malades se plaignent de lourdeur de tête, de larmoiement du côté tamponné, de céphalalgie plus ou moins vive, de malaise général, de mauvais goût dans la bouche, de perception de mauvaises odeurs ; ils réclament instamment l'enlèvement du pansement. Mais c'est surtout l'examen de l'extrémité antérieure du tampon qui doit décider de la conduite à tenir. Reste-t-il humide, laisse-t-il transsuder de la sérosité sanguinolente, l'indication est formelle, le pansement doit rester en place. Mais lorsque tout suintement a cessé, on doit, sans attendre, enlever le tamponnement : on ne devra cependant jamais attendre plus de quarante-huit heures.

L'ablation doit être faite doucement, sans hrusquerie, pour éviter de détacher le caillot ohturateur. Mais comme l'ouate ou la gaze se sont desséchées et adhèrent généralement à la muqueuse, il est hon, avant de commencer l'extraction, d'humecter le tampon soit avec du sérum physiologique tiède, soit avec de l'eau oxygénée, que l'on fait tomber goutte à goutte au moyen d'une seringue, le malade tenant la tête renversée en arrière.

Quand le sang arrête en avant, inonde le pharynx de façon inquiétante, il reste comme ultime ressource, le tamponnement antéro-postérieur. Mais il faut considérer ce moyen d'hémostase comme méthode d'exception. S'il arrête l'écoulement sanguin, il expose le patient à de graves accidents infectieux. Aussi est-ce avec raison que les rhinologistes demandent qu'il soit définitivement ahandonné. Il constitue une manœuvre laborieuse pour le médecin, et très douloureuse pendant et après son application pour le malade. Il a encore le très grand inconvénient de déterminer des efforts de vomissements qui, en produisant de la congestion céphalique, augmentent l'écoulement sanguin ; il produit presque toujours des lésions traumatiques du voile palatin et du pharynx nasal.

Pour le pratiquer on se sert d'une sonde uréthrale de Nélaton n° 12, préférable à la sonde de Belloc, d'un maniement plus difficile et plus douloureux. On aura au préalable préparé un tampon postérieur fait de ouate hydrophile stérilisée imprégnée d'aristol ou de gaze iodoformée ; on lui donnera une forme cylindrique et, d'après Zarniko, le volume un peu réduit de la dernière phalange du pouce du malade ; deux fils seront solidement noués autour de sa partie moyenne, de manière à pendre en quatre chefs. On fera aussi un tampon antérieur dont la grosseur sera proportionnée à la dimension de la narine. On pousse doucement la sonde d'avant en arrière sur le plancher des fosses nasales. Par un effort de déglutition ou par un réflexe nauséeux, le malade indique qu'elle a pénétré dans le pharynx. On déprime la langue et au moyen d'une pince on saisit l'extrémité de la sonde qui apparait derrière le voile palatin et on l'attire hors de la houche. On y attache l'extrémité des deux chefs de l'un des fils ; puis retirant la sonde du nez on entraîne le tampon vers le pharynx nasal. L'index droit le suit pour lui faire franchir, par une poussée, l'isthme formé par la contraction du constricteur supérieur du pharynx, et le coincer dans l'orifice choanal. Puis on détache les fils antérieurs de la sonde, on tire sur eux en les écartant, on engage dans leur intervalle le tampon antérieur et on les noue solidement sur celui-ci. Les deux tampons, rendus solidaires, ne peuvent se déplacer ni en avant ni en arrière. Les deux fils postérieurs, qui sont restés dans la houche, sont ramenés vers la commissure des lèvres correspondante à la narine tamponnée et fixés sur la joue au moyen d'un morceau d'emplâtre caoutchouté. Le sang s'accumule dans la fosse nasale, la remplit et exerce une compression sur la muqueuse qui saigne et par ce mécanisme arrête l'hémorragie.

Ce tamponnement ne doit être laissé en place que le moins longtemps possible ; on dépassera rarement 24 à 36 heures. Pour le retirer, on coupe les fils qui retiennent le tampon antérieur après l'avoir humecté avec du sérum physiologique tiède pour détacher les adhérences produites par le sang et la sérosité desséchés ; puis on enlève les fils collés à la joue, on tire doucement sur eux pour ramener le tampon postérieur.

Si l'hémorragie se reproduit, on refait un tamponnement ; sinon on débarrasse la cavité nasale du caillot qui la remplit et des sécrétions qu'elle renferme au moyen d'irrigations faites sous pression très modérée avec du sérum physiologique chaud.

Mais quelque précaution que l'on prenne dans son application, il faut savoir que le tamponnement antéro-postérieur est dangereux par les accidents septiques qu'il entraine très souvent. Le volumineux caillot qui remplit la fosse nasale devient, dans ce milieu ensemencé par les poussières atmosphériques, un excellent houillon de culture. La pullulation microbienne produit des coryzas purulents, des sinusites, des dacryocystites ; à travers le tampon postérieur infecté elle envahit le cavum, la trompe d'Eustache, l'oreille moyenne et provoque des otites suppurées à caractères toujours graves.

Cette énumération des accidents que peut entraîner l'application d'un tamponnement complet, montre combien il faut être réservé dans son emploi.

La première partie du traitement, c'est-à-dire l'arrêt de l'hémostase, étant remplie, il faut envisager la réalisation de la seconde indication, qui est de mettre le malade à l'abri de nouvelles hémorragies, en un mot, faire le traitement prophylactique de l'épistaxis. Il est local et général.

Local, il consiste en cautérisations des lésions qui, comme nous l'avons vu plus haut, siègent presque toujours à la partie antéro-inférieure de la cloison cartilagineuse. Les excoriations superficielles, les thrombus uniques ou multiples, les varices, etc., doivent être détruits. Et pour transformer en tissu cicatriciel la région hémorragique, la cautérisation, à l'aide de caustiques chimiques est le procédé de choix. Il dépasse de heaucoup l'emploi du galvano-cautère qui produit une escharre à la chute de laquelle l'épistaxis tend à se reproduire. Après avoir employé le nitrate d'argent fondu, l'acide chromique qui lui est inférieur parce qu'il fuse à distance, nous nous servons uniquement maintenant de l'acide trichloracétique. C'est un corps cristallisé mais très déliquescent. Pour l'employer, on enroule une mince lamelle d'ouate hydrophile autour de l'extrémité d'un stylet porte-ouate ; on l'imhibe discrètement du caustique, on l'applique sur le point qui saigne et on l'y maintient jusqu'à l'hémostase complète. Il se forme une escharre d'un hlanc opalin qui ne tomhe pas avant une dizaine de jonrs. C'est là son grand avantage, car pendant ce long laps de temps, l'organisation du caillot peut s'accomplir. La douleur occasionnée par l'application du caustique est légère et ne dure pas an delà d'une demi-heure. On ne doit pas, pour l'éviter, cocaïniser la muqueuse ; sinon la vaso-paralysie qui suit la vaso-constriction due à la cocaïne pourrait ramener le retour de l'hémorragie.

Ces cautérisations doivent se faire, hien entendu, sous le contrôle du miroir et en s'aidant du spéculum.

Le traitement prophylactique général s'attachera à la découverte et à la disparition des causes déterminantes de l'épistaxis. Les troubles circulatoires, rénaux et hépatiques, les différents états dyscrasiques du sang seront l'objet d'une médication appropriée qu'il n'y a pas lieu de décrire ici.

Injection supermaximale de benzoate de mercure

POUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Par M. le Professeur EHLERS (Copenhague)

Quand Ehrlich eut publié sa belle découverte des effets surprenants du dioxydiamidobenzol, on dut commencer par donner à la question la forme que voici :

Les prodigieux effets du nouveau remède résultent-ils de sa composition chimique particulière et de l'affaiblissement relatif de son action arséno-toxique, ou sont-ils dus à la dose héroïque à laquelle ce nouveau remède a été administré ?

En effet, personne n'avait osé jusqu'alors administrer l'arsenic à des doses de 50 centigrammes et au-dessus ; et même, jusqu'ici, on a négligé de faire des expériences de contrôle en injectant, à doses supermaximales, une solution d'arséniate de soude.

Tout le monde s'est rué sur les préparations arsenicales d'Erhlich et a délaissé les vieilles formules dont pourtant il vaudrait peut-être bien la peine d'essayer les effets sur la syphilis.

Toutefois j'ai considéré cette question comme en dehors du problème que je me suis posé et que j'ai essayé de résoudre par unesérie d'expériences qui m'ont occupé depuis l'automne. Je ne les ai pas encore publiées, sauf en une brève mention accidentelle au Congrès de dermatologie, tenu à Rome en avril 1912, et en une autre mention faite au sein de la Société de médecine de Copenhague, le 15 octobre 1912.

Dans ce problème je me proposais de rechercher si, en injectant à doses multipliées des sels mercuriels solubles, on ne pourrait pas obtenir des résultats pareils aux ictus therapeutici, auxquels Ehrlich était parvenu en administrant, à dose supermaximale, son nouveau remède arsenical.

Pour traiter la syphilis par injections, je me servais depuis longtemps de benzoate de mercure, solubilisé par le chlorure de sodium et insensibilisé par le sucre blanc, C'est Stoukowenkoff qui a introduit dans la thérapie cette préparation. Depuis longtemps Gaucher avait recommandé ce remède, qui se distinguait par des résultats thérapeutiques d'une grande puissance et très réguliers, ainsi que par la rapidité de son action,

qualité qui tient, sans doute, au fait qu'il ne précipite aucunement les matières albuminoïdes, pas même dans le sérum. L'organisme le tolère admirablement.

Dans un de ses travaux (compte rendu de la Société de biologie, 20 juillet 1907, p. 190) intitulé : « Les solutions de sucre isotoniques ou para-isotoniques employées comme sérums artificiels achlorurés», C.Fleig(de Montpellier), qu'une mort trop précoce a enlevé, a montré quel avantage peut procurer, en certaines occasions, l'emploi de solutions sucrées isotoniques ou hypertoniques au lieu de solutions chlorurées.

Les recherches de Fleig ont poussé deux des élèves de Gaucher, Desmoulière et Lafay, à proposer et à employer la formule suivante :

Benzoate de mercure........	1 gr.
Chloruré de sodium.........	1 gr.
Sucre blanc.........	10 gr.
Eau distillée stérile.........	100 gr.

C'est de cette solution que je me suis servi pour toutes mes expériences. Elle est claire, facile à conserver (sous verre brun) et son injection ne cause presque aucune douleur. En concentrant les solutions au delà de 2 %, l'on n'évite pas les douleurs. Après avoir augmenté les doses j'ai essayé aussi la concentration de la solution à injecter ; je pensais pouvoir ainsi éviter l'injection de quantités trop considérables, mais j'ai dû y renoncer et me contenter de solutions à 2 %.

J'ai commencé les expériences par des injections de 2 centigrammes chacune. Mais, au début, je ne procédais que très prudemment et avec beaucoup d'hésitation ; j'essayais chaque nouvelle dose sur une cinquantaine de malades avant de l'augmenter même d'un centigramme. Sans essuyer le moindre insuccès je parvins à des doses de 6 centigrammes, essayées sur 230 malades. Ces injections ne m'ayant jamais causé le moindre accident, je m'enhardis et forçai la dose d'un centigramme pour chaque vingtaine de malades, poussant jusqu'à 10 centigrammes (soit encore pour 60 malades).

Partant de ces 10 centigrammes, j'augmentais ma dose pour chaque dizaine de malades et atteignais 14 centigrammes, lorsqu'un changement survint dans le personnel de mon service à l'hôpital de la commune : un nouvel interne fit une erreur de dosage et, certain jour, il fit à deux malades une injection de 28 centigrammes au lieu de 14.

Nous passâmes quelques jours dans une grande angoisse en vue du résultat, mais tout marcha bien. Chez l'un des malades, réaction presque nulle; chez l'autre, un tout petit abcès sous-cutané à la fesse droite, mais rien de plus. Je compris alors qu'il n'y avait rien à risquer en activant mes expériences et fis de rapides progrès grâce à une augmentation d'un centigramme par dose pour tous les cinq malades, jusqu'à 25 centigrammes en une seule dose. Si je me suis arrêté à ce chiffre, c'est pour ne pas faire la connaissance de la dose vraiment tolérée, celle qui frise le danger ; c'est aussi parce que j'obtiens déjà, à dose beaucoup plus faible, l'effet désiré, que j'aurai l'honneur de vous expliquer.

Je vous ai dit que les injections mêmes sont indolores ou à peu près ; il faut toujours faire abstraction de la douleur par pression que la quantité de liquide injecté cause en distendant le tissu musculaire.

On pratique les injections alternativement dans les deux fesses à l'endroit habituel, en haut et en dehors. Il arrive régulièrement que l'injection est suivie d'une élévation de température qui rarement dépasse 39°, et se manifeste le soir même après l'injection ou, au plus tard, le lendemain.

Chez les malades qui présentent déjà une roséole fraîche ou chez quila deuxième incubation touche à la fin sans que l'exanthème ait encore fait son apparition, l'on observe le plus souvent une réaction de Herxheimer-Jarisch, d'une assez grande intensité.

Cette réaction était bien plus forte et beaucoup plus prononcée tant que nous expérimentions avec des doses d'injection faibles, inférieures à 10 et 15 centigr.

Quand nous dépassâmes ces 15 centigrammes avec tendance aux 25, ces réactions devinrent beaucoup plus rares. Comme l'ont remarqué d'autres observateurs, il semblait que les doses plus fortes fussent capables d'étouffer cette réaction, dont le caractère est tout à fait celui d'une réaction d'explosion et qu'on peut expliquer comme une explosion métastatique du virus irrité par une dose non écrasante.

L'effet d'une telle injection supermaximale sur la sclérose initiale encore ulcérée est tout à fait étonnante. L'ulcère s'est nettoyé au bout de vingt-quatre heures et se cicatrise en général dans le cours des cinq ou sept jours qui suivent l'injection; mais il va sans dire que l'induration se résorbe beaucoup plus lentement ; toutefois il est également manifeste que son involution subit une influence.

Des lésions ulcéreuses sur d'autres parties du corps se cicatrisent pareillement avec une rapidité extraordinaire. J'ai traité des malades avec des syphilides malignes ulcéreuses ; six ou sept jours après elles étaient fermées.

Les exanthèmes plus éphémères du type roséolique disparaissent dans les vingt-quatre heures ou au bout de deux jours ; et l'on n'est pas exposé à ce qui est fréquemment constaté pendant la cure de frictions ordinaire, savoir à l'apparition de nouvelles taches roséoliques pendant les premiers jours de ce traitement.

De la part des éruptions plus solides, des papules infiltrées et des papules hypertrophiées, on éprouve une certaine résistance ; mais il est incontestable que, somme toute, elles cèdent beaucoup plus vite qu'avec la cure de frictions simple, car notre nouvelle injection forme en général l'ouverture d'une série ordinaire de 30, 40 ou 50 frictions de 3 grammes d'onguent napolitain chacune. Le résultat général, quand il ne s'agit ni de syphilis invétérée, de syphilis opiniâtrement récidivante, ni d'une première éruption de syphilis restée sans traitement pendant plusieurs mois, est que nous réussissons à faire disparaître tous symptômes cliniques de l'éruption, et à obtenir aussi la réaction négative du sang (Wassermann ou Hermann-Perutz).

Chez les syphilitiques soumis au traitement dans le cours des premières semaines qui suivirent l'infection, et avant que la réaction du sang soit devenue positive, il nous arrive toujours, invariablement, de réussir à prémunir le malade contre les premiers phénomènes secondaires et de maintenir négative la réaction du sang.

Dans cette petite enclave ma méthode n'est nullement inférieure à celle d'Ehrlich.

Dans un certain nombre de cas choisis (chez douze hommes et cinq femmes), j'ai administré une première injection massive, suivie d'injections (jusqu'à quatre consécutives à huit jours d'intervalle), de 10 centigrammes chacune, comme unique cure primaire (injections espacées).

Chez 10 de ces hommes la réaction du sang, à l'entrée de l'hôpital, fut négative et chez 9 elle s'est maintenue telle à la sortie ; dans un seul cas, où le malade a reçu 24 centigrammes, puis 10, la réaction s'est transformée en positive.

Quant au onzième, la réaction fut positive tant à l'entrée qu'à la sortie et, dans le douzième cas de positive à l'entrée, elle devint négative avant un mois de séjour à l'hôpital.

Chez mes 5 femmes, les réactions furent dans tous les cas, positives à leur entrée (les femmes arrivent toujours trop tard à l'hôpital avec une syphilis en pleine évolution) ; chez trois elle devint négative ; elle se maintint positive dans le quatrième cas et ne fut pas examinée dans le cinquième.

A des doses primaires dépassant 10 centigrammes j'ai traité en tout, jusqu'au 15 juin, 248 malades, savoir :

	Hommes	Femmes
10 centigrammes......	10	31
11 —	10	0
12 —	10	17
13 —	10	2
14 —	2	0
15 —	44	33
16 —	5	2
17 —	5	1
18 —	5	2
19 —	5	0
20 —	9	5
21 —	5	»
22 —	5	»
23 —	5	»
24 —	5	»
25 —	15	»
28 —	2	»
Total	155	93

Les effets secondaires désagréables, que nous avons observés à la suite de cette cure, ne sont autres que ceux qu'on retrouve à chaque cure mercurielle intense.

Nous avons observé un malaise de courte durée se manifestant après l'injection ; dans 3 ou 4 cas, des évanouissements, après lesquels le malade revient à lui-même presque immédiatement. On constate un pareil effet après les injections de tous les jours.

Il est un peu plus fréquent d'observer une diarrhée passagère qui cesse dans vingt-quatre ou trente-six heures. Dans six ou sept cas seulement elle a persisté durant quelques jours.

Une fois j'ai vu un ictère se développer en relation immédiate avec une injection de 18 centigr.; il a duré onze jours.

La stomatite mercurielle a été notée dans 43 cas ; son intensité n'a jamais donné d'inquiétude, vu que le remède est soluble et facilement excrété par les reins et l'intestin.

Dans 22 cas elle a duré de 2 à 5 jours ; dans 12 cas de 5 à 10 jours ; dans 9 cas de 10 à 12 jours et dans 2 cas de 23 à 25 jours.

Mais l'hydrargyrie cutanée est incontestablement plus fréquente à la suite de l'application de ce traitement mixte (injection initiale massive suivie de cure de frictions) que dans la cure de frictions habituelle.

Nous avons noté son apparition dans 21 cas.

Dans 10 cas elle nécessita l'interruption de la cure pendant 3 à 5 jours ; dans 6 cas pendant 5 à 10 jours ; dans 3 cas pendant 10 à 12 jours ; dans un cas pendant 20 jours ; dans un cas pendant 25 jours.

Une côlite mercurielle a été observée dans 3 cas, où elle dura respectivement 8, 8 et 15 jours, ainsi que dans un cas isolé où elle s'est terminée par la mort et auquel je dois m'arrêter un peu.

Le malade a bien succombé à une intoxication mercurielle, mais sa mort ne saurait être imputée à ma nouvelle méthode. Je ne dis pas cela pour me disculper : vous en jugerez vous-mêmes.

C'était un jeune tchèque, présentant une syphilis maligne précoce avec ulcérations multiples qui se cicatrisèrent rapidement après une injection de 25 centigrammes suivie de 28 frictions. Au cours du traitement survint une pause de trois jours nécessitée par une glossite mercurielle.

Il est resté dans mon service du 8 novembre au 19 décembre 1912, mais demanda sa sortie en dépit de mes conseils. Il devait continuer sa cure en dehors de l'hôpital et le fit ; mais il travaillait le jour, faisait la noce et buvait le soir, se couchait tard, les frictions faites. Au bout de six jours il nous revint dans un état pitoyable, avec des œdèmes, de l'ascite, une néphrite et côlite mercurielle. Il mourut le 5 janvier 1913.

Nous communiquerons plus tard le résultat de l'autopsie et en même temps les résultats très

intéressants des recherches cliniques concernant la quantité de mercure éliminée avec l'urine et les excréments et celle contenue dans les organes : ces recherches ont été faites côte à côte avec mes recherches thérapeutiques, par mon chef de clinique adjoint M. S. Lomholt. Je me bornerai ici à dire que la majeure partie du mercure injecté avait quitté l'organisme dès le cinquième jour, environ la moitié par les reins, un peu moins de la moitié par l'intestin.

Lorsque, au Congrès de Rome, en 1912, je mentionnai ces recherches, M. Milian hasarda le postulat que la solution de benzoate de mercure, dont je me sers, ne contenait pas la quantité présumée du sel en question. J'ai fait examiner le produit suspecté par le laboratoire de Stein, qui m'a déclaré (le 31 mai 1912) que la substance employée par moi est réellement du benzoate de mercure sans aucun mélange de substances étrangères et contenant :

Mercure	43,9%
Acide benzoïque ($C_6H_5 + COO$).	56 »
Soit..	99,9%

Le benzoate de mercure chimiquement pur, (C_6H_5COO),2 Hg, devant contenir 45,2% de mercure, 54,8 % d'acide benzoïque, on voit que ma préparation contient un petit excédent d'acide benzoïque libre.

Si, finalement, vous voulez que je vous dise quels avantages la méthode que j'ai inaugurée présente sur les méthodes jusqu'ici employées pour administrer le mercure, en voici l'exposé succinct :

J'appartiens aux partisans convaincus de la vieille cure mercurielle par frictions d'onguent napolitain.

A l'exception unique des injections de calomel, toutes les méthodes modernes d'injections restent à mes yeux, bien loin en arrière des frictions, tant pour leur efficacité qu'eu égard à la solidité de la guérison apparente obtenue.

L'effet intensif d'une cure de frictions bien suivie dépend probablement surtout du fait que cette cure met à la disposition de l'organisme une très large et généreuse dose de mercure, que l'organisme peut transformer et s'assimiler comme il pourra.

L'avantage présumé du traitement par injections, qui consisterait à offrir à l'organisme une dose exactement pesée, constituera, au point de vue thérapeutique, un désavantage réel, parce que les dosages sont trop minimes pour qu'on obtienne l'effet nécessaire.

Le système des frictions pèche par l'inconvénient de leur lenteur relative à révéler leur effet curatif ; huit jours, quinze jours se passent avant que le mercure ainsi incorporé exerce sur le virus son action délétère et sur les lésions existantes son effet curatif.

L'effet ne se produit que très lentement et l'ictus thérapeuticus fait défaut.

En commençant la cure de frictions par une injection supermaximale de benzoate de mercure, j'obtiens un ictus thérapeuticus assez fort — et, quant à ce qu'il vaut, je reconnais la valeur des idées d'Ehrlich — dont les effets sont soutenus et prolongés par des frictions subséquentes.

Ma méthode présente, en outre, un avantage économique qu'il faut prendre en considération dans un hôpital municipal ; personne ne peut prendre un brevet pour ce procédé ; le remède n'offre au préparateur aucune perspective de lucre, vu l'infinité du coût (une fraction de sou).

Je me suis arrêté aux 25 centigrammes comme dose maxima provisoire dans mes recherches. J'engage mes confrères à contrôler ce que j'ai dit et à essayer avec les doses qui doivent dépendre du poids de l'individu : environ 2 milligrammes et demi par kilogramme, soit environ 15 centigrammes pour les femmes et 20 centigrammes pour les hommes.

REVUE CLINIQUE

Un cas de Chorée syphilitique

Par le Docteur CHEVRON
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Châlons-sur-Marne

Lorsque, le 29 novembre 1912, M. Milian fit à la Société médicale des hôpitaux de Paris, sa communication sur la nature syphilitique de la chorée de Sydenham, il rencontra, de la part de ses collègues, une vive opposition. Se basant sur des considérations théoriques, beaucoup de neurologistes et de pédiatres ne voulurent pas admettre de rapport possible entre la chorée et la syphilis. C'était aller beaucoup trop loin. Il fallait s'incliner devant les faits et Milian n'apportait pas des théories, mais des faits. Le sang des malades qu'il avait observés, voire le sang de leurs ascendants, avait été soumis à l'épreuve de la séro-réaction de Wassermann qui était venue contrôler les données de la clinique. Dans les cas où la réaction avait été négative, Milian avait, le plus souvent, avec succès, provoqué la réactivation de la réaction de Wassermann suivant le procédé qu'il a indiqué (1).

Voici d'ailleurs les résultats qu'il avait obtenus. Sur 15 choréiques, 11 étaient des syphilitiques certains, 2 des syphilitiques probables, 2 des syphilitiques douteux.

Ces chiffres sont suffisamment probants. Depuis lors Grenet et Sedillot (2), Appert (3), Chevron (4), ont successivement relaté des observations de chorées syphilitiques.

Aux deux observations que j'ai adressées à la Société médicale des hôpitaux, je puis ajouter aujourd'hui un nouveau cas non moins concluant :

Observation. — Le 15 avril 1913, Mme B... me consultait pour sa fille, la petite Jeanne B..., âgée de 9 ans 1/2, atteinte de mouvements involontaires des bras et des jambes.

« L'enfant, me dit-elle, ne peut rester en place, « elle remue constamment. La nuit, elle s'agite « pendant le sommeil. Son caractère change. « Elle pleure et elle rit sans cause. Nous n'en « pouvons rien faire. Il y a quatre ans que cela « lui a pris. Le mal revient par crises malgré tout « traitement ».

Mme B... attribuait les désordres nerveux qu'elle constatait chez son enfant à une peur éprouvée il y a quatre ans. Un petit camarade de Jeanne B..., lui avait, par plaisanterie, présenté brusquement au visage un lézard. Jeanne B... aurait eu très peur, et, ce serait depuis cette époque qu'elle serait nerveuse et gesticulerait sans cesse.

Il était difficile d'accepter cette opinion. Les mouvements involontaires n'apparurent, en effet, que trois ou quatre mois après la peur éprouvée par l'enfant. Ce laps de temps était évidemment beaucoup trop long pour que l'on pût considérer la frayeur en question, comme cause même occasionnelle de l'affection nerveuse dont Jeanne B... était atteinte.

J'examinai l'enfant et constatai qu'il s'agissait certainement d'une chorée de Sydenham. L'enfant avait des mouvements choréiques des mains, des bras, des épaules, des membres inférieurs et un peu de la face (yeux et bouche). Outre les mouvements désordonnés et irréguliers susceptibles de s'atténuer sous l'influence du repos et de la volonté, Jeanne B... présentait, assez rarement il est vrai, des secousses clinico-toniques caractéristiques des membres supérieurs, des mains, des pieds et de la face. On constatait, d'autre part, la gesticulation de la main particulière aux choréiques, consistant en une demi-torsion du poignet, la main à moitié fermée étant fléchie sur l'avant-bras. La nuit, durant le sommeil, l'enfant était très agitée, criait, pleurait, se remuait.

Ainsi qu'il arrive chez la plupart des choréiques, on constatait qu'un côté du corps était frappé plus que l'autre. J'avais déjà remarqué que la gesticulation caractéristique de la main était surtout manifeste à droite. *Or, du côté droit, je constatais le signe de Babinski de la façon la plus nette.* En raison de contractures musculaires difficiles à vaincre, il était laborieux de rechercher l'état des réflexes tendineux. Toutefois, le réflexe rotulien droit était certainement plus marqué que le gauche. Les deux réflexes achilléens semblaient un peu diminués.

Si les symptômes d'irritation du faisceau pyramidal ne faisaient pas défaut, les symptômes d'irritation cérébelleuse ne manquaient pas non plus.

Si l'on ordonnait à la petite Jeanne B... de tracer sur une feuille de papier une ligne devant s'arrêter à un endroit déterminé, invariablement le trait tracé dépassait la limite fixée.

Si l'on ordonnait à l'enfant de porter le doigt au bout du nez, invariablement le doigt manquait le but et heurtait un point quelconque de la joue.

Mme B... me raconta qu'au moment où elle arrivait chez moi avec la petite malade, elle ordonna à cette dernière de sonner à ma porte. A différentes reprises, l'enfant « manqua » le bouton de la sonnette. Je fis répéter l'expérience devant moi, et je constatais, en effet, que la main de l'enfant heurtait souvent le mur à côté de la sonnette.

La petite B... présentait quelques stigmates dystrophiques. On notait : une légère asymétrie faciale ; des bosses frontales trop développées, la bosse frontale gauche étant plus forte que la droite ; un léger strabisme convergent de l'œil droit ; certaines dents trop grosses et d'autres trop petites ; une voûte palatine un peu ogivale.

Les ganglions cervicaux postérieurs et les ganglions sous-maxillaires étaient hypertrophiés.

Le développement de l'enfant avait été normal : première dent à six mois, premiers pas à dix mois. Le système osseux ne présentait aucune altération appréciable.

Jeanne B... offrait l'aspect d'un enfant à nutrition défectueuse. Le corps était gracile, les membres grêles.

Dès la première visite, je fis un prélèvement de sang. La réaction de Wassermann, obligeamment pratiquée par le docteur Giraudt, chef du laboratoire du service du docteur Milian *fut très positive.* W + + + (1).

Comme traitement, il fut prescrit à l'enfant successivement : une solution d'arséniate de soude et, l'amélioration étant insuffisante, une application quotidienne de draps mouillés en même temps que des doses croissantes de liqueur de Boudin, suivant la méthode de Comby. Actuellement, Jeanne B... est à peu près guérie. Les mouvements choréiques sont très rares et insignifiants. Le sommeil n'est plus du tout agité.

Ainsi que le prouvaient les stigmates dystrophiques et surtout la réaction de Wassermann très positive, Jeanne B... était une hérédo-syphilitique. Restait à examiner les parents.

Le père est âgé de 59 ans. C'est un ouvrier terrassier vigoureux. Dans son passé pathologique, on trouve une pleurésie à l'âge de 22 ans. Cette affection n'a laissé aucune trace.

B... présente assez fréquemment des maux de tête qui semblent liés à des troubles digestifs. La langue est ordinairement saburrale. L'estomac est clapotant et un peu douloureux. B... a parfois des douleurs articulaires erratiques sans caractère rhumatismal. La face est couperosée. Le cœur est hypertrophié.

Les réflexes rotuliens sont normaux. Les achilléens un peu diminués. Les pupilles sont égales sans déformation. L'accomodation s'effectue normalement.

(1) Milian et Girauld. Société médicale des hôpitaux, 29 décembre 1911.

(2) Grenet et Sédillot. Société médicale des hôpitaux, 17 janvier 1913.

(3) Appert. Société médicale des hôpitaux. 14 février 1913.

(4) Chevron. Société médicale des hôpitaux. 4 avril 1913.

(1) Milian et Girauld indiquent trois degrés dans la réaction de Wassermann : W + positive partielle ; W + + positive ; W + + + très positive.

A part un placard érythémateux et légèrement squameux siégeant au-dessous du creux poplité droit je ne constatais au premier examen (5 juin) aucune lésion de la peau ni des muqueuses buccale, linguale ou pharyngienne, pouvant être un indice de syphilis ancienne ou récente.

Le placard érythémateux de la face postérieure de la jambe droite retenait l'attention. A son niveau, la peau était rouge et irritée, les contours du placard étaient irréguliers et bordés d'éléments circinés absolument caractéristiques. Ces éléments avaient, en effet, l'aspect, la forme, et la consistance de tubercules cutanés. D'autre part, la peau était dure et infiltrée sur toute la surface du placard et présentait vers la base de la lésion un nodule intradermique du volume d'un gros pois. Le diagnostic s'imposait. En effet, si les démangeaisons d'ailleurs modérées dont le placard était le siège et les lésions de grattage pouvaient faire penser à quelque manifestation eczémateuse banale ; il n'en était pas moins évident que le pourtour irrégulier du placard était limité par des éléments circinés caractéristiques et que la peau sur toute la surface de la lésion était sclérosée. D'autre part, le placard était unique et datait de plusieurs années. Je n'hésitais pas à porter le diagnostic de syphilides tertiaires dont l'aire était irritée par le frottement journalier d'un pantalon sale et par le grattage d'ongles infectants. Pour plus de certitude, je mis, dès le premier examen (5 juin) le malade au traitement mercuriel (sirop de Gibert et application locale de pommade de calomel). Actuellement (6 août), la lésion cutanée est absolument guérie.

Les tubercules ont disparu laissant des cicatrices blanchâtres. Le nodule constaté a disparu. La peau n'est plus dure. Elle offre l'aspect blanc et lisse que laissent après elles les syphilides tuberculo-squameuses.

La mère de la petite B... ne présente absolument aucune lésion certaine de syphilis ni du côté des muqueuses ou de la peau, ni du côté du système nerveux central ou périphérique. A peine doit-on noter, dans ses antécédents, des maux de tête violents avec chute des cheveux concomitante. Si c'est là un renseignement intéressant, il est sans grande valeur étant isolé.

Toutefois, l'histoire des différentes parturitions de Mme B... mérite d'être retenue.

Mme B... a eu sept grossesses dont un avortement au quatrième mois. Cette fausse couche se place entre le quatrième et le cinquième des enfants nés à terme.

De ces six enfants nés à terme, trois seulement survivent.

Les deux premiers enfants nés avant le mariage ne sont pas issus de B... Tous deux sont morts : le premier à dix ans d'une pneumonie ; le second, qui était une fille, mourut huit ou dix jours après la naissance. Les jours précédents la mort, l'enfant aurait présenté une éruption de boutons à la face (?). Le troisième enfant est un garçon, actuellement âgé de 18 ans, Je n'ai pas pu l'examiner. Il serait fort et bien portant d'après les dires de ses parents. Le quatrième enfant est mort au cours de l'accouchement. La présentation était vicieuse et nécessita une version. Le cinquième enfant est une fillette de 13 ans que j'ai vue. Elle présente un front bombé caractéristique, une dentition défectueuse, avec persistance d'une dent de lait (la canine supérieure gauche). Le sixième enfant est la petite choréique.

Voici donc un cas de chorée chez une hérédo-syphilitique absolument concluant. La syphilis des parents, du père tout au moins, est certaine. Le sang de la choréique soumis à la réaction de Wassermann donna un résultat très positif. Il n'y a pas de discussion possible : il s'agit bien là d'une chorée syphilitique. Ce cas vient s'ajouter à tous ceux qui furent communiqués à la Société médicale des Hôpitaux. Il contribue à démontrer l'exactitude des conclusions de Milian relatives à la nature syphilitique de la chorée de Sydenham.

REVUE DE CHIRURGIE

Contribution à l'étude du traitement des fractures du nez

Par MM. les Docteurs VIGNARD, SARGNON et BESSIÈRE

Le traitement des fractures du nez a fait de singuliers progrès au cours de ces dernières années, et l'on ne se contente plus aujourd'hui de traiter les accidents récents. On s'occupe aussi des nez qui présentent des effondrements anciens, et on essaye de leur rendre non seulement une perméabilité fonctionnelle suffisante, mais encore une forme aussi satisfaisante que possible.

Pour ces opérations dont le but, essentiellement esthétique, est la reconstitution d'un squelette nasal, les méthodes employées sont presque exclusivement les méthodes rhinologiques qui permettent d'agir uniquement par voie intranasale sans incision extérieure et par conséquent sans cicatrice.

Les nombreux procédés qui ont été décrits peuvent se classer en deux catégories : d'une part, les prothèses qui introduisent dans les téguments des substances étrangères à l'organisme ; d'autre part, les greffes osseuses ou cartilagineuses, véritables transplantations de tissus.

Les prothèses les plus employées sont : l'inclusion de paraffine (Gersuny, Eckstein) soit par injection, soit par implantation d'un bloc de forme convenable l'inclusion d'un peloton de catgut (Ruedal) ; l'inclusion d'une pièce métallique soit en platine (C. Martin) et fixée aux os de la face, soit en aluminium fenêtrée et libre sous la peau (Molinié, Garel et Gignoux).

Ces méthodes donnent de bons résultats immédiats, malheureusement assez souvent le corps étranger est éliminé au bout d'un certain temps et tout est à refaire.

La greffe constitue un procédé beaucoup plus satisfaisant au point de vue physiologique. Les nombreux opérateurs qui l'ont employé ont utilisé les deux voies d'introduction : incision cutanée et incision intranasale. Quant aux fragments de tissus employés, ils ont été prélevés dans les endroits les plus variés : crête tibiale (Coeven, Richard Levy, Naumann, Rueda, etc.), cartilage costal (Carter, Reuda, etc.), branche montante du maxillaire (Joseph), oreille (Kœnig, Schmieden), crête de la cloison (Garel et Gignoux), cubitus (Lexer).

Certains opérateurs même n'ont pas craint de reconstituer le squelette nasal, dans des cas d'énormes délabrements, avec le cinquième doigt de leur malade (R. Vedrene, Siniarchine, S.-H. Watts). Et cette mutilation librement consentie montre bien toute l'importance que nos contemporains attachent à l'esthétique de leur visage.

Nous avons eu récemment à traiter deux cas de fractures anciennes du nez et nous avons employé une méthode un peu différente qui nous a paru plus élégante et plus simple, réunissant dans une seule intervention l'opération fonctionnelle et l'opération esthétique.

Dans un premier temps, nous avons fait par voie interne et de chaque côté du nez une *ostéotomie sous-muqueuse* le long de la suture de l'os propre et de la branche montante du maxillaire supérieur. Nous avons fait faire pour cela un ciseau spécial dont le tranchant est en forme de V, comme celui que Herbert Tilley emploie dans les résections de la cloison. A l'aide de cet instrument dont la forme met à l'abri de tout dérapage, la section est rapide. Le danger pour l'orbite et les voies lacrymales est nul, car on peut aisément, palpant avec un doigt, suivre à travers les téguments la marche du ciseau.

Cette section osseuse bilatérale a déjà été utilisée par Joseph pour la correction de la largeur anormale du squelette nasal (Abnoeme Breite der Knöchernen Nase), comme temps préalable à l'application d'un appareil de contention externe à serrage énergique, mais il utilise des cies fines.

Dans le second temps, continuant l'opération comme s'il se fut agi d'une fracture récente, nous avons mobilisé la cloison à l'aide d'une pince à mors parallèles et relevé le squelette nasal avec la pince de Cl. Martin. Le tout a été maintenu en place pendant quelques jours par des attelles interne et externe.

Voici les observations des deux malades que nous avons eu récemment l'occasion d'opérer ainsi.

Premier cas. — Mlle F..., de Belleville, 20 ans, nez cassé avec aplatissement énorme des os propres du nez hypertrophie de la cloison et grosse déviation à gauche, résection sous-muqueuse gauche en juin 1909, avec bons résultats ; en décembre 1909, prothèse paraffinique avec l'appareil de Leroux, le résultat immédiat est très satisfaisant, la crête nasale est refaite, mais naturellement l'élargissement énorme nasal persiste. La malade est présentée le 22 décembre 1909 à la Société des sciences médicales (Vignard et Sargnon) ; en septembre 1912, la malade revient, elle souffre de son nez et la paraffine s'est résorbée depuis trois mois ; le nez est redevenu aussi difforme qu'avant, mais la respiration est normale depuis la résection sous-muqueuse, pas de suppuration nasale ni sinusienne ; les douleurs sont manifestement au niveau de l'injection de paraffine.

30 janvier 1913. Anesthésie générale, section endo-nasale, décollement externe de la peau jusqu'à l'orbite, qui ne fait pas saigner. Le décollement de la muqueuse amène une hémorragie notable. Section des deux branches montantes avec le ciseau spécial et le maillet, un aide arrêtant avec le doigt l'instrument au niveau des voies lacrymales ; dans un deuxième temps le redressement facile des os propres avec la pince de Martin ; tamponnement bilatéral à la gaze pendant les quarante-huit premières heures et mise en place d'une prothèse à la gutta, qui reste deux jours en place.

On fait ensuite de la prothèse interne avec le tube de Kyle entouré de gaze pendant dix jours et qui est changé tous les deux jours. L'opération, avec tous ces tâtonnements du début, a duré trois quarts d'heure, mais en réalité elle peut se faire en un quart d'heure avec une bonne technique. Comme suites opératoires, pas de fièvre ; ecchymose et œdème péri-nasal et péri-orbitaire peu considérables, accentués les quatre premiers jours, disparus au dixième.

Le résultat opératoire est très bon et s'est maintenu ; il persiste seulement une dépression médiane par manque de cartilage de la cloison, dépression qu'il sera facile de combler plus tard par une prothèse sous-muqueuse cartilagineuse ou osseuse. Cependant, avec un appareil de prothèse externe plus perfectionné, comme celui de Joseph par exemple, nous aurions pu avoir un résultat encore meilleur. Cependant le malade et son entourage sont satisfaits, la malade n'étant plus un objet de curiosité désagréable.

Deuxième cas. — Mlle L..., 15 ans, chute sur le nez à 2 mois, grosse déviation cartilagineuse à droite, nez écrasé, grosse gêne nasale ; l'aplatissement portant surtout sur l'os propre du nez à droite ; le nez cartilagineux est déjeté à gauche par la cloison déviée en S. Il y a donc lieu :

1° De redresser la cloison cartilagineuse et osseuse ;

2° De relever le nez surtout à droite. Nous espérons y réussir par la section sous-muqueuse de la branche montante à droite par notre procédé, puis par le redressement des deux os propres du nez à la pince Martin.

Nous espérons aussi que le broiement de la cloison déviée avec la pince Martin suffira sans faire la résection sous-muqueuse.

15 février 1913. Opération sous anesthésie générale ; la section de la branche montante à droite par simple décollement de la peau sans décollement de la muqueuse est facile et ne donne pas d'hémorragie ; mais quand nous voulons avec la pince de Martin redresser les deux os propres du nez, cela nous est impossible à gauche, nous sommes donc obligés de sectionner aussi la branche montante du côté gauche, la fracture de Martin est alors facile. Nous fracturons et réduisons dans la mesure du possible la cloison osseuse et cartilagineuse avec la pince à cloison de Martin, mais nous avons de grandes difficultés à cause de l'élasticité du cartilage, dévié en haut et à gauche. Nous croyons cependant y être arrivés et nous mettons de suite des tubes de Kyle entourés de gaze sans faire de prothèse externe ; la dilatation est maintenue dix jours. Suites opératoires normales, ecchymose et œdème légers ; l'aplatissement osseux a disparu, mais la déformation externe gauche due à la déviation cartilagineuse s'est reproduite ; il faudra donc compléter par une sous-muqueuse. Dans un cas analogue, dorénavant, nous commencerons toujours par régulariser la cloison, surtout cartilagineuse.

En résumé donc, il ressort de ces deux observations que :

1° La section endo-muqueuse des deux branches montantes du maxillaire est simple et peu hémorragique. Le décollement de la partie cutanée est seul utile ; le décollement muqueux donne de l'hémorragie et n'est pas facile ;

2° Dans les cas très anciens où la fracture de Martin est très difficile, parfois même impossible (nous en avons rencontrés), cette section osseuse interne facilite dans une proportion énorme la fracture avec le levier de Martin et la rend absolument inoffensive ;

3° Pour les cas d'aplatissement très exagéré, pour avoir le maximum de résultat, la prothèse externe (instrument à serrage) peut être utile ; elle a l'avantage de s'appliquer à tous les cas et de ne pas nécessiter, comme pour l'appareil de Martin (dilation interne), une confection d'appareil pour chaque malade avec port prolongé de cet appareil (1).

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Les règles à suivre dans le traitement des annexes enflammées

D'après son expérience personnelle basée sur le traitement d'une centaine de malades, M. le Dr O. Beuttner pose les règles suivantes pour le traitement des annexes enflammées :

1° Les inflammations purulentes des annexes doivent toujours être consciencieusement traitées par la méthode conservatrice et l'emploi de tous les procédés qu'elle comporte.

2° Si le traitement conservateur n'a pas réussi à amener une guérison absolue ou même seulement relative, l'intervention opératoire est justifiée.

3° Dans le traitement opératoire des inflammations purulentes des annexes il faut, chez les malades jeunes ou assez jeunes, être aussi conservateur que possible, afin de préserver la fonction menstruelle.

4° Les opérations annexielles dites simples suffisent dans la majorité des cas.

5° L'excision transversale en coin, comme acte préliminaire à l'extirpation des annexes malades des deux côtés et avec conservation de tissu ovarien normal constitue une méthode scientifiquement et techniquement éprouvée. Les indications se basent aussi bien sur des facteurs purement techniques que sur des facteurs cliniques.

6° Les méthodes particulièrement perfectionnées de Faure (hémisection, décollation antérieure et postérieure) constituent un grand progrès dans le domaine de la chirurgie des annexes ; mais ces méthodes ne doivent être employées que dans les cas graves.

7° L'opérateur ne doit pas avoir à sa disposition une seule méthode ; à chaque cas convient une méthode spéciale.

8° A mesure que la technique opératoire se perfectionne les opérations atypiques diminuent de nombre ; mais on ne saurait les éluder complètement vu que dans le cas de maladies compliquées le siège du bassin ne peut toujours être exactement déconvert au début de l'opération même lorsque l'abdomen a été ouvert.

9° Les méthodes abdominales sont toujours préférables aux vaginales ; mais le gynécologiste moderne doit également bien connaître ces dernières, attendu qu'elles peuvent être indiquées dans certains cas.

REVUE D'HYGIÈNE

Programme pour l'Organisation et le Fonctionnement de dispensaires spéciaux

Par M. le Docteur A. CALMETTE
Directeur de l'Institut Pasteur de Lille

Dans son exposé relatif à l'état sanitaire de la France publié par le *Journal officiel* du 20 septembre 1912, M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, après avoir constaté les heureux résultats de la lutte entreprise depuis quelques années contre la mortalité infantile, appelait l'attention du Parlement, des municipalités et des œuvres privées sur la nécessité urgente d'une croisade nationale contre la tuberculose. De toutes les grandes nations civilisées, notre pays garde le triste privilège d'enregistrer chaque année le plus grand nombre de décès par tuberculose. En 1910, les statistiques du ministère de l'Intérieur en relevaient 85.088, soit 217 pour 10.000 habitants, alors qu'en 1909 cette proportion était de 166 en Italie, 162 en Espagne, 160 dans les Pays-Bas, 146 en Angleterre et 139 en Belgique.

« Et, écrivait M. Mirman, pour apprécier le grave préjudice que cette mortalité fait subir à notre pays, il ne faut pas perdre de vue que la tuberculose emporte généralement ses victimes à l'âge où celles-ci eussent, si elles avaient échappé au fléau, contribué le plus efficacement à la prospérité économique de la nation et à la reproduction de la race. Les chiffres suivants sont caractéristiques : sur 100.000 Français de 20 à 39 ans, la mortalité générale représente environ 750 décès dont 325 dûs à la tuberculose ; en d'autres termes, sur 100 Français mourant de 20 à 39 ans, plus de 42 meurent de la tuberculose ! ».

La situation est donc grave. Il est urgent de mobiliser nos forces et d'organiser la lutte. Malheureusement, comme le dit le professeur Letulle dans son rapport à l'Académie à propos de la déclaration obligatoire de la tuberculose, « la campagne à entreprendre se résume presque tout entière dans une question de budget », et les ressources financières manquent pour réaliser l'application immédiate des mesures préconisées par les hygiénistes et par les sociologues comme les plus capables d'arrêter l'extension du mal : assainissement des villes, suppression des logements insalubres, de l'alcoolisme et de la misère qui en dérive, assistance des malades contagieux et de leurs familles, etc. Seule une large intervention du Parlement devra permettre un jour à venir de poursuivre l'accomplissement d'une si lourde tâche!

En attendant, il faut courir au plus pressé et nous fortifier dans nos avant-postes. Nous le pouvons en multipliant dans nos villes et aussi dans nos campagnes nos Dispensaires de prophylaxie sociale et d'éducation populaire antituberculeuse dont tous les pays civilisés nous empruntent aujourd'hui la formule si essentiellement pratique et si souple et dont l'immense utilité a déja fait largement ses preuves.

Ces dispensaires peuvent être organisés dans un local très simple et leur installation matérielle n'exige que des dépenses minimes. Ce qui importe, c'est d'assurer leur fonctionnement d'après un programme aussi uniforme que possible et c'est ce programme que la présente instruction a pour objet de préciser. Il peut être plus ou moins étendu ou restreint suivant les circonstances, les ressources et les besoins locaux, mais les principes selon lesquels il est établi doivent rester partout les mêmes et c'est là une condition essentielle pour que, sur toute l'étendue du territoire de notre pays, les efforts de lutte antituberculeuse soient efficaces.

Il n'est d'ailleurs pas indispensable de limiter l'action de ces dispensaires à la défense sociale contre la tuberculose. Il est, au contraire, désirable d'élargir leur rôle, car le même personnel médical et auxiliaire, et aussi les mêmes locaux peuvent servir à instituer des consultations de nourrissons et, là où ce peut être utile, des consultations de prophylaxie contre l'avarie. Il y a tout avantage à ne pas les spécialiser par la dénomination de dispensaires ou d'offices antituberculeux. Pour n'inspirer aucune appréhension à ceux qui en franchissent le seuil, il est donc préférable de les appeler dispensaires d'hygiène sociale.

En ce qui concerne leur adaptation particulière à la lutte antituberculeuse, le but de ces institutions doit être de rechercher, d'attirer et de retenir, par une propagande active, par des conseils judicieusement donnés, par des secours appropriés aux besoins réels et aux circonstances ceux qui, parmi les gens du peuple privés de ressources, sont plus particulièrement exposés à la contagion tuberculeuse et ceux qui sont déjà atteints. Elle assainit les logements par des désinfections répétées à intervalles réguliers ; elle distribue des crachoirs de poche, des antiseptiques aux cracheurs de bacilles ; elle procure, lorsque cela est nécessaire, un logement plus salubre ; elle lessive gratuitement le linge pour éviter la contagion dans la famille et hors de la famille ; elle électionne les malades curables qui peuvent être utilement envoyés dans un sanatorium ; elle prend en charge les convalescents récemment sortis des établissements de cure ; elle dirige vers les hôpitaux d'isolement ceux qui sont dangereux pour leur entourage ou qui ont besoin de soins spéciaux ; elle fait toutes les démarches utiles auprès de la bienfaisance privée, des patrons, des Sociétés de secours mutuels pour obtenir des secours qui permettent de rétablir le malade, s'il n'est pas trop gravement atteint, et de le rendre à son travail ; elle recueille enfin l'enfant du tuberculeux pour le placer à la campagne ou dans un sanatorium marin en vue de le guérir s'il est déjà touché par le bacille ou de le mettre à l'abri de toute occasion d'infection s'il est encore indemne.

On comprend facilement qu'une telle œuvre présente une extrême souplesse d'organisation et de fonctionnement. On peut l'adapter aux besoins particuliers de chaque ville, de chaque quartier, de chaque collectivité, de chaque groupement de communes rurales. Elle se prête à des compressions, à des extensions on à des modifications incessantes, suivant les ressources dont elle dispose.

Elle ne nécessite, en fait, aucune installation coûteuse : un local très simple peut lui suffire. Il

1) *Soc. des Sciences médic. de Lyon.*

ne comporte que le matériel strictement indispensable aux investigations cliniques, à la désinfection des logements et, autant que possible, au blanchissage du linge, car le linge souillé de crachats tuberculeux est, dans la famille et hors de celle-ci, l'un des plus importants facteurs de propagation de la maladie. Le personnel technique chargé d'assurer son fonctionnement peut être réduit à un médecin et à un ou deux enquêteurs moniteurs ou monitrices d'hygiène. Son budget présente donc une élasticité que ne possèdent point les établissements d'assistance, trop souvent obérés par leurs frais généraux.

Le médecin d'un dispensaire d'hygiène sociale doit être à la fois bon clinicien et bon hygiéniste. Il faut que l'usage des procédés de diagnostic précoce de la tuberculose et des moyens les plus parfaits d'exploration clinique lui soient familiers. Mais il faut aussi qu'il ait la volonté d'éduquer ses malades, qu'il se donne la peine de les revoir souvent, de rester en contact pour ainsi dire permanent avec eux et avec leurs familles. C'est à lui qu'il appartient de déterminer la forme et le mode d'assistance qui conviennent le mieux dans chaque cas particulier. Il a le devoir de s'abstenir des interventions thérapeutiques inutiles et coûteuses, mais il faut cependant qu'il assure à ses malades le meilleur traitement approprié à leur état et qu'il sache garder toute leur confiance.

Avec une claire vision du rôle social qu'il a à remplir, il comprendra que sa fonction essentielle est d'organiser la prophylaxie antituberculeuse dans la famille. Il apportera enfin à l'accomplissement de sa mission éducatrice toute l'obstination, tout le dévouement, toute l'énergie dont il est capable.

Il ne faut pas se dissimuler cependant que ses instructions risqueraient d'être mal comprises et ses conseils peu suivis, si son intervention n'était pas complétée, prolongée par celle du moniteur d'hygiène.

Ce dernier constitue à proprement parler, la cheville ouvrière de l'œuvre. C'est lui qui visite périodiquement le malade, à domicile, en camarade compatissant et dévoué ; il cause amicalement avec les parents ou avec les enfants, s'inquiète de leurs besoins, de leur manière de vivre, de leurs habitudes, de leurs ressources, des personnes, des institutions ou des associations charitables susceptibles de les aider. C'est lui qui explique l'usage des antiseptiques et des crachoirs de poche. C'est lui qui démontre les inconvénients du balayage à sec, les dangers de contagion par les crachats et par le lait de provenance suspecte, les périls de l'alcool, les bienfaits de la sobriété et de la propreté. Il persuade au malade que, s'il veut éviter de se contagionner de nouveau au fur et à mesure qu'il marche vers la guérison, il ne doit pas disséminer partout ses produits d'expectoration, et cet argument *ad hominem* entraîne mieux la conviction que les plus beaux discours.

Le moniteur d'hygiène, pour être compris et écouté partout sans défiance, doit être un homme du peuple, intelligent, actif, dévoué, capable d'initiative et d'autorité, convaincu de l'importance de la fonction sociale qui lui est confiée.

L'expérience déjà ancienne du dispensaire Emile Roux, de Lille, montre l'efficacité vraiment parfaite de l'éducation populaire ainsi comprise. La plupart des ouvriers retiennent bien et suivent les conseils qui leur sont donnés et répétés par un camarade appartenant à leur classe sociale, connaissant leurs misères et leurs besoins. Il n'en serait assurément pas ainsi, si ces conseils étaient donnés seulement à la consultation par le médecin, on s'ils étaient apportés par quelque fonctionnaire d'ordre administratif ou par un enquêteur de bureau de bienfaisance.

Cette organisation technique du dispensaire a beaucoup plus d'importance que la question du local choisi pour assurer le fonctionnement de l'œuvre. A Lille, l'installation est des plus modestes. Elle a coûté, bâtiment et matériel, 36.000 francs, non compris les frais d'acquisition du terrain, celui-ci ayant été concédé gratuitement par la municipalité.

Elle comporte une salle d'attente, deux salles pour l'examen clinique des malades avec le matériel de laboratoire indispensable à l'examen des crachats, des urines et de tous autres produits pathologiques, une chambre noire pour la laryngoscopie, un bureau pour le moniteur d'hygiène, une buanderie mécanique pourvue d'une lessiveuse-désinfecteuse et de tous les appareils nécessaires au blanchissage rapide du linge.

Chaque famille de malade atteint de tuberculose ouverte est pourvue d'un sac en toile, portant un numéro d'ordre, destiné à recevoir le linge usagé. Une fois par semaine, ce sac est apporté au Dispensaire et, 48 heures après, le linge est rendu lessivé et sec à la famille.

Les logements sont nettoyés et désinfectés périodiquement au moyen de simples lavages au lysol et au chlorure de chaux à 2 p. 100.

Depuis sa fondation, qui date de 1901, jusqu'au 15 décembre 1912, 4.998 dossiers de tuberculeux ou de familles de tuberculeux ont été établis par le dispensaire de Lille, et chaque année il a été pris en charge et assisté une moyenne de deux cents familles. En 1911, 234 familles ont été secourues et les secours reçus par chacune d'elles et continués pendant quatre à huit mois en moyenne — pour quelques-unes pendant toute l'année — ont coûté 17.490 francs. Les frais généraux, comprenant les services médicaux et administratifs, le traitement du moniteur d'hygiène et du désinfecteur, le blanchissage du linge, les assurances, le chauffage et l'éclairage, n'ont été que de 8.077 francs.

Les deux tiers du budget de l'œuvre (25.567 fr.) ont donc pu être consacrés à l'assistance et celle-ci a porté sur la distribution de médicaments, de crachoirs et d'antiseptiques pour 406 francs ; de lait, d'œufs, de viande, pour 7.937 francs ; de literie et de loyers (payés directement par l'œuvre aux propriétaires) pour 3.593 francs ; enfin de pensions au sanatorium ou de frais de placement d'enfants à la campagne (filiale de l'œuvre Grancher) pour 4.100 francs.

L'œuvre, bien que très économiquement administrée, possède des ressources insuffisantes pour étendre son action directe à un plus grand nombre de familles pauvres, mais grâce à une entente aussi étroite que cordiale avec le bureau de bienfaisance, deux autres dispensaires organisés par ce dernier, sur le même modèle ou à peu près, s'adresseront incessamment aux malheureux qu'il n'a pas encore pu atteindre. Et cependant déjà les effets de sa propagande, de son influence éducatrice se font nettement sentir à Lille, et le même fait a été constaté à Lyon, sur la mortalité tuberculeuse. Avant 1901, les statistiques du bureau municipal d'hygiène enregistraient annuellement une moyenne de 1.000 à 1.160 décès, En 1907, on n'en relevait déjà plus que 860 pour une population de 205.625 habitants. Graduellement depuis lors, la mortalité baisse ; elle était en 1911 de 704 décès pour 217.807 habitants.

C'est la meilleure preuve qu'on puisse invoquer de l'utilité pratique d'un dispensaire fonctionnant conformément aux indications qui précèdent et il est bien évident que des institutions de ce genre devraient être multipliées en très grand nombre sur toute l'étendue du territoire français. On peut en organiser partout sans difficultés insurmontables, dans les villes et même dans les campagnes, en groupant par exemple plusieurs communes en une circonscription de lutte antituberculeuse. Elles permettraient d'engager cette lutte sur toute l'étendue du territoire, d'après un plan uniforme, selon des principes scientifique que personne ne saurait contester, sans porter atteinte à la liberté individuelle, sans entraîner l'intervention officielle des pouvoirs publics et en laissant facultative, selon le vœu du plus grand nombre en France, la déclaration de la tuberculose.

Sans doute, pour multiplier autant qu'il est nécessaire ces œuvres, il faut pouvoir leur assurer un budget en rapport, pour chaque localité, pour chaque groupement de communes, avec l'intensité du fléau qu'il s'agit de combattre. Ce serait une grave erreur de croire que la lutte antituberculeuse puisse être entreprise efficacement sans dépenses importantes. S'il est exact que certains dispensaires tels que celui créé à l'Hôpital Beaujon, par le professeur Albert Robin et M. Jacques Siegfried, font beaucoup de bien avec peu d'argent, c'est grâce à ce que d'autres institutions d'assistance ou d'autres œuvres (Assistance publique de la Seine, Colonies scolaires de vacances, Comités de dames, Œuvre Grancher, etc.), prennent à leur charge l'entretien des malades, le rapatriement des familles, les secours de loyers, l'envoi à la campagne des enfants, le service médical, le blanchissage du linge. Une telle collaboration n'est réalisable que dans les très grandes villes où l'assistance privée a pris un grand développement. Là même où elle est possible, si l'argent ne sort pas de la caisse du dispensaire, il sort de celle d'autres institutions ou de personnes charitables, et les sommes dépensées n'en sont pas finalement amoindries. On ne soigne par les tuberculeux, on n'assiste pas efficacement leurs familles, on ne soustrait pas les enfants à la contagion sans qu'il en résulte des frais relativement considérables et l'on peut se demander si, sauf dans de rares exceptions, il n'est pas préférable que, comme cela existe à Lille et à Lyon, l'œuvre antituberculeuse soit elle-même juge et dispensatrice des secours dont la nature et la quotité doivent varier selon les circonstances. Il semble bien que ce soit le plus sur moyen de réaliser, toutes les économies vraiment compatibles avec le bon fonctionnement de l'institution et de faire la plus utile besogne.

Les municipalités doivent se convaincre que les sommes d'argent dépensées pour la sauvegarde du capital social que représentent les vies humaines sont pour le présent et pour l'avenir, le placement le plus avantageux qu'elles puissent faire. Mais, presque partout, les efforts financiers qu'elles réussiront à s'imposer ne peuvent qu'être insuffisants. Il faut donc que le Parlement intervienne d'urgence pour une large part dans les frais qu'impose au pays la lutte contre la tuberculose. Et sans attendre que les ressources budgétaires permettent de doter convenablement le chapitre spécial, à cet effet, nous devons demander qu'une fraction importante des fonds provenant du pari mutuel ou des jeux soit immédiatement affectée à subventionner, par l'allocation de sommes proportionnelles à la population et à la mortalité par tuberculose, les villes et les départements, pour la création et pour l'entretien de dispensaires d'hygiène sociale sous la double réserve que ces institutions seront organisées d'après le programme établi ci-dessous et qu'elles seront rigoureusement placées sous le contrôle de l'inspection administrative et technique du ministère auquel incombe la sauvegarde de la santé publique.

UNE LEÇON DE DROIT DE M. ESMEIN

M. Esmein, le professeur à la Faculté de droit, mort récemment, était un grave juriste.

Se promenant dans la campagne avec un jeune homme, il fut saisi au bras par son compagnon qui lui dit en riant :

— Regardez donc, Monsieur, une corneille qui abat des noix !

— Eh ! bien, mon enfant, dit M. Esmein, profitez de cette leçon. Une noix, sur l'arbre, est un immeuble ; à terre, elle est meuble. Vous venez donc d'assister à la transformation-type de biens immeubles en biens meubles...

REVUE DE STOMATOLOGIE

Obturation des canaux radiculaires au moyen de la paraffine

Par M. ALBERTO PEREIRA
Chirurgien-dentiste à Para (Brésil)

La plupart des insuccès que nous observons dans la conservation des dents mortes, sont dus, presque exclusivement, à des canaux mal obturés, ou obturés au moyen de substances impropres à cet usage.

Le choix d'une méthode, et des substances qui remplissent les conditions voulues a toujours été pour nous une grande préoccupation, et toutes les méthodes et manières employées n'ont jamais rempli absolument nos exigences. C'est pourquoi nous avons employé successivement des cônes de gutta-percha en combinaison avec de la chloro-percha, de l'oléo-percha, des huiles essentielles, des pâtes médicamenteuses du coton et du formol-percha, de la soie, des cônes de bois ou de cuivre en combinaison avec de la cloro-percha, du baume du Pérou, et de la paraffine, et tout cela, à l'exception de la paraffine, ne nous a nullement donné satisfaction complète pour obtenir enfin une bonne obturation des canaux. La plupart de ces méthodes et de ces produits n'offrent pas un moyen facile d'obturer les petits canaux tortueux.

Le baume du Pérou qui possède la plupart des conditions exigées, contrairement à tout ce que nous avons lu sur lui, quand il dépassait par hasard le foramen, produisait une forte péricémentite, et au cas où le foramen était dilaté, cette substance était absorbée, laissant il est vrai, les canaux en bonne condition aseptique, avec une odeur de baume bien prononcée. Nous avons laissé tout cela de côté pour employer la paraffine qui, selon nous, est l'idéal, pour l'obturation des canaux radiculaires.

La paraffine combinée suivant la formule de Prinz, avec le trioxyde de bismuth et le thymol, offre tous les avantages des diverses substances précédentes et offre en outre, quelques avantages qui la rendent unique pour cette opération.

Avant d'entrer dans l'explication de la méthode appliquée à son usage, nous allons passer légèrement en revue ses avantages et qualités :

1° L'un de ses principaux avantages est dû à son faible point de fusion (56° à 58°c) ; elle peut être fondue dans le canal même, s'infiltrer dans la dentine sèche, et par la force de la capillarité, être envoyée jusqu'à l'apex ;

2° En raison de cette propriété qu'elle a de ne pas se contracter de la périphérie au centre comme la chloro-percha, mais du centre à la périphérie, elle se rend parfaitement adhérente aux parois sèches des canaux ;

3° Elle ne produit aucune irritation dans le péricément ;

4° Grâce à sa combinaison avec le thymol, elle offre une action antiseptique, légère et durable ;

5° Elle n'est pas réabsorbable, du moment que le point de fusion de la paraffine n'est pas au-dessous de 55° C ;

6° Sa rétention est facile si on la fait dissoudre avec du Xylol;

7° Elle offre, en raison du trioxyde de bismuth, de la résistance aux rayons X ;

8° Elle n'altère pas la couleur des dents.

Selon Printz, la formule est la suivante :

Thymol................	2 parties
Trioxyde de bismuth.....	30 parties
Paraffine dure purifiée...	68 parties
(Point de fusion 56 /58° C)..	» »

Pour que cette opération soit couronnée de succès complet, il faut, condition primordiale, que le canal soit le plus possible libre de toute humidité; pour cela, l'essentiel est : d'appliquer la digue de caoutchouc, pour les dents inférieures, ce qui garantit un travail minutieux, la dent étant ainsi parfaitement protégée contre toute l'humidité.

On procède à l'assèchement du canal au moyen de petits cônes de papier absorbant, que l'on chauffe par le moyen des stérilisateurs des canaux comme ceux décrits par Ewan, Amoedo, Hamonet, ou Saladin ; mieux encore, si on peut avoir une installation électrique, le sèche-canal de Werner ou Russel offrent plus de facilité, parce qu'ils maintiennent une température constante et parfaitement graduelle.

Après le séchage complet des canaux, séchage parfait qui se reconnaît lorsque, en touchant les parois, avec la pointe du sèche-canal, il ne se produit plus le petit bruit (petit bruit analogue à celui qu'on entendrait en touchant avec un fer chaud, une substance humide). On introduit alors une sonde enveloppée de quelques fibres de coton imbibé d'alcool ou d'acétone. Il ne faut jamais employer d'éther ou de chloroforme pour la raison que ces deux substances ont très peu d'affinité pour l'eau ; on emploie une nouvelle fois l'insufflateur à air chaud pour enlever complètement toute, humidité des parties inaccessibles.

Après avoir obtenu la certitude que les canaux sont complètement secs, on les humecte avec une sonde enveloppée d'une mèche de coton imbibée d'huile de paraffine, on fait suivre cette application d'un jet chaud d'air comprimé afin de distribuer également la couche d'huile. Il faut n'employer que la quantité suffisante pour humecter les canaux. On introduit alors des cônes de paraffine que l'on fait fondre au moyen de l'insufflateur, et avec un mouvement de pompe, on fait aller la paraffine, jusqu'au bout du canal, et on exclut les ampoules d'air.

En raison de la grande affinité que la paraffine a pour l'huile, cette dernière ira dans toutes les parties où celle-ci se trouve.

On emploiera de la paraffine jusqu'à ce que le canal soit complètement obstrué.

Quelques praticiens conseillent l'introduction de cônes de gutta-percha ou de cuivre, dans les canaux après l'introduction de la paraffine ; nous n'en usons que lorsque les canaux sont trop larges pour forcer la paraffine à s'accoler contre les parois, et pour diminuer ainsi la contraction.

Nous préférons employer dans ce cas les cônes de bois, ceux-ci étant plus faciles à appliquer, et parce qu'il est plus facile de les retirer en cas de besoin.

Pour les dents supérieures, il faut pencher le fauteuil très en arrière de façon que le canal soit aussi horizontal que possible, ce qui facilite l'opération.

Il faut faire attention à ne pas laisser trop déborder la paraffine dans la chambre pulpaire afin que la gutta-percha qui doit la remplir soit le plus directement possible sur la dentine même et, que le ciment, qui doit servir de base à l'obturation finale, adhère au tissu dentaire, ce qui ne se produirait pas si quelques portions de paraffine le recouvrait.

L'AMÉLIORATION DE LA RACE JAPONAISE

Un édit impérial du 3 janvier 1898 avait prescrit l'institution d'une enquête sur le développement corporel des enfants qui fréquentent les écoles publiques, au Japon. Cette enquête, confiée aux médecins des écoles, a porté sur 1.622.000 enfants des deux sexes, qui ont pu être suivis jusqu'en 1908. Elle a montré que durant la période qui s'étend de 1900 à 1908, les valeurs moyennes de la taille, du poids corporel, du périmètre thoracique sont allées en augmentant. Cette amélioration de la race serait corrélative des améliorations introduites dans l'éducation physique et esthétique des jeunes japonais, d'après le professeur Mishima.

CARNET DU PRATICIEN

Eczéma suintant

Pratiquer tout d'abord sur la région malade, durant plusieurs jours, des pulvérisations d'eau bouillie tiède.

Instituer ensuite des pansements humides avec des compresses imbibées d'eau bouillie tiède.

Quand les accidents aigus sont dissipés, recouvrir les surfaces malades d'axonge fraîche pure, sans addition d'aucune sorte, avant d'user d'une pâte à la lanoline, à l'huile d'olives ou à l'axonge. Celle-ci ne doit être ni benzoïnée, ni boriquée, etc. Utiliser, par exemple, la pâte suivante :

Poudre d'oxyde de zinc......	15 grammes
Poudre de talc	15 —
Huile d'olives.............	15 —

Comme cette pommade peut demeurer inagissante, ou même être irritante pour quelques téguments d'une susceptibilité exagérée, on pourra lui substituer :

Lanoline anhydre...........	20 grammes
Eau de roses	10 —
Carbonate de bismuth.......	3 —

Si l'eczéma tend à devenir chronique, recourir à un de ces traitements que l'on qualifie de réducteurs et prescrire des applications d'une pommade à l'huile de cade :

Huile de cade..............	10 grammes
Oxyde de zinc..............	20 —
Vaseline..................	30 —

à laquelle on incorporera un gramme d'acide salicylique par exemple.

Végétations ano-vulvaires pendant la grossesse.

Au début, on peut essayer de les détruire au moyen d'injections vaginales avec :

Permanganate de potasse.	1 gramme
Eau bouillie............	2.000 —

et des pansements humides avec de la gaze imprégnée de cette même solution.

En cas d'insuccès, toucher chaque masse végétante avec un tampon monté trempé dans :

Nitrate d'argent............	3 grammes
Eau distillée..............	30 —

ou dans :

Acide chromique...........	7 grammes
Eau distillée.............	20 —

saupoudrer ensuite avec :

Oxyde de zinc.............	10 grammes
Tanin.....................	10 —
Talc	10 —

Si les végétations sont constatées seulement au moment de l'accouchement, on commencera par les désinfecter avec des pansements humides de permanganate de potasse ou d'eau oxygénée à 12 volumes coupée de deux tiers d'eau. Puis, cinq ou six jours plus tard, on les grattera avec la curette et on les excisera au ciseau en liant chaque pédicule, ou on cautérisera au thermocautère les pédicules qui ne supportent pas la ligature.

En cas d'hémorragie on nappe abondante pratiquer la compression ou appliquer une poudre stérilisée.

Hemorragies intestinales

Au cas où l'hémorragie est supposé avoir son origine dans le gros intestin, on pourra donner au malade un des lavements suivants :

Tanin.....................	1 gramme
Décoction de ratanhia......	300 —
Teinture d'opium	VI gouttes

ou :

Extrait aqueux de ratanhia.	1 gr. 50
Laudanum.................	VIII gouttes
Eau......................	250 grammes

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J.-Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZAN



AMMONOL

STIMULANT
ANTIPYRÉTIQUE
ANALGÉSIQUE
RÉGULATEUR du CŒUR
SÉDATIF NERVEUX

- - (Ammoniumphénylacétamide) - -

SOULAGE LA DOULEUR EN GÉNÉRAL

= Pas d'Intolérance gastrique - Pas de Sueurs - Non Dépressif =

L'AMMONOL est un produit de la série amidobenzique de composition définie, Il diffère essentiellement des autres produits titrés du goudron employés en médecine et particulièrement parce qu'il contient de l'ammoniaque sous une forme active et agit comme *stimulant* sur toutes les fonctions vitales.

DOSE : De un à quatre ou six comprimés par jour

Échantillons : AMMONOL, 33, Rue Saint-Jacques, PARIS

Les plus vigoureux des Ferments lactiques

SINUBERASE

Une Médication nouvelle : La Jubolisation de l'Intestin

Constipation — **Congestion hépatique**

Dyspepsie — **Hémorroïdes**



JUBOL

Communicatis
à
l'Ac. des Sciences
et à
l'Ac. de Médecine

AVIS IMPORTANT

Des maîtres éminents ont établi le « danger social » de la purgation qui irrite l'intestin et en entretient la paresse.

Une communication retentissante à l'Académie des Sciences en précisait les inconvénients et préconisait une nouvelle médication, **la rééducation de l'intestin** *par un produit rationnel :* **le Jubol**, *qui seul avait servi aux expériences cliniques.*

La jubolisation ou rééducation de l'intestin consiste à pratiquer un massage interne doux, onctueux et persuasif. Prenant 16 fois son volume d'eau, le Jubol forme une masse qui nettoie **comme une éponge** *tous les replis de la muqueuse, sans heurts, sans irritation, sans fatigue.*

En outre, les extraits intestinaux qu'il contient facilitent la digestion intestinale et guérissent, de ce fait seul, nombre de dyspepsies.

Les extraits biliaires assurent une antisepsie rigoureuse, empêchent les fermentations, déterminent une chasse biliaire en excitant la fonction hépatique et par une action excito-motrice, bien établie, provoquent les mouvements péristaltiques de l'intestin. Ainsi les glandes intestinales, parésiées chez les constipés, réamorcées par le Jubol, se mettent à sécréter, le foie fournit de la bile en quantité suffisante, la paroi intestinale se contracte et le bol fécal louable, mou et copieux chemine facilement et sans ennui.

L'examen radiographique d'une personne normale ayant des selles suffisantes, nous révèle généralement des matières qui s'attardent et se putréfient. Nous sommes presque tous des **constipés inconscients**

Et c'est cette constipation, d'autant plus grave qu'elle reste ignorée, qui cause tant d'affections : dyspepsies, pituites, gaz, hémorroïdes, migraines, insomnies, mauvaise haleine, furoncles et même qui atteint le caractère et engendre la tristesse, la mélancolie et l'hypocondrie. Combien de gens envieux, coléreux, jaloux, sont des constipés inconscients ?

Un coup d'éponge dans l'intestin et la situation change. Mais, évitez les purgatifs, les laxatifs et tous les produits qui, de toutes parts, ont tenté de copier le Jubol.

Nous pouvons affirmer la haute efficacité du Jubol, due à sa fabrication très soignée. Nos extraits opothérapiques sont préparés avec un soin méticuleux. Obtenus à froid et dans le vide, ils représentent les **tissus eux-mêmes**. *Nous pouvons en garantir l'activité extrême. Un physiologiste diplomé en surveille constamment la préparation et se livre à des essais cliniques et physiologiques répétés.*

L'agar-agar que nous employons est sélectionné ; il importe de savoir d'où il vient et de procéder à certains examens.

En prescrivant le Jubol, vous connaissez le médicament de choix que vous donnez en pleine confiance à vos malades. Nul autre produit n'est préparé dans des conditions aussi sûres, ni avec un tel luxe de recherches, d'essais et de surveillance qui permettent de le présenter en toute loyauté comme une médication nouvelle : **la jubolisation de l'intestin.**

VARIÉTÉS

Cannibalisme rituel et ses survivances

M. le Dr Laufer étudie, dans le *Journal de Diététique et de Bactériothérapie*, le cannibalisme qui, dit-on, existe encore dans certaines régions.

Chez les Dayaks du nord-ouest de Bornéo, les jeunes gens et les guerriers ne doivent pas absorber de gibier, parce qu'alors ils deviennent timides comme les daims; mais les femmes et les vieillards peuvent sans danger en consommer. Quand les Indiens Kansas partaient pour la guerre, un festin leur était servi dans la hutte du chef, nous raconte le célèbre navigateur Bossu (*Nouveaux Voyages aux Indes Occidentales*): le principal plat était constitué par la viande de chien : la chair de cet animal, si courageux qu'il se laisse couper en morceaux pour défendre son maître, ne peut, disaient les Indiens, qu'inspirer une grande vaillance à ceux qui la mangent. Les indigènes des îles Buro et Aru (Indes Orientales) mangent du chien pour être braves et agiles. Les Mizis du Nord de l'Inde, les Coréens, emploient le tigre à cet usage. Les Chinois utilisent de préférence le fiel, qu'ils boivent, dans la croyance que le courage réside dans la vésicule biliaire. Les traditions norvégiennes nous rapportent qu'Ingiald, fils du roi Annund, était timide dans sa jeunesse, mais qu'il devint très hardi après avoir mangé un cœur de loup.

Bravoure et sagesse, telles sont précisément les qualités enviées par-dessus tout par les cannibales chez les êtres humains dont ils se repaissent.

Les tribus montagnardes de l'Afrique du Sud-Est célèbrent des cérémonies spéciales pour grouper les jeunes gens en corporations; parmi les rites d'initiation qui accompagnent ces cérémonies, il en est un destiné à donner aux novices du courage, de l'intelligence et d'autres qualités : lorsqu'un ennemi qui s'est bravement battu est tué, on détache de son cadavre le foie, siège du courage; les oreilles, siège de l'intelligence; la peau du front, siège de la persévérance; les testicules, siège de la force. Puis on les réduit en cendres. Les cendres ainsi obtenues sont conservées avec soin dans une corne de bœuf. Lors de la circoncision des initiés, on les mêle à d'autres ingrédients pour former une sorte de pâte que le prêtre de la tribu administre aux jeunes gens. De cette façon, on pense qu'ils héritent des vertus du défunt.

Quand les montagnards Basutos ont tué un vaillant ennemi, ils lui arrachent immédiatement le cœur et le mangent pour devenir plus courageux.

Même coutume chez les Angonis de l'Afrique centrale anglaise qui confectionnent et consomment des houillies de cendres humaines, destinées à donner aux convives du festin, courage, persévérance, habileté, patience et sagesse. Même coutume également chez les Amazones du Dahomey, chez les nègres de la Côte des Esclaves, chez les Indiens de l'Orénoque et de la Nouvelle-Grenade.

Le cœur n'est pas la seule partie du corps humain dont certains peuples se repaissent ainsi. Les Australiens Kamilarois mangent également le foio des guerriers valeureux.

Les Italones des Philippines boivent le sang de leurs ennemis et mangent crus des morceaux de leur nuque et de leurs entrailles. Les Efugaos, autre tribu des Philippines, sucent les cervelles de leurs ennemis.

Le célèbre chef zoulou Matuana but la bile de trente chefs qu'il avait vaincus, dans le dessein de devenir plus vigoureux.

Dans l'île de Tud ou des guerriers (détroit de Torres), certains hommes boivent la sueur des guerriers les plus fameux et mangent les raclures de leurs ongles quand elles sont souillées de sang humain. Ils le font pour devenir « durs comme la pierre et se mettre à l'abri de toute peur ».

Dans l'île voisine de Nagir, voici le procédé auquel on a recours pour rendre un jeune garçon vigoureux et plein de courage: un guerrier le fait asseoir entre ses jambes, lui commande de fermer les yeux et d'ouvrir la bouche et lui administre une mixture composée avec l'œil et la langue d'un guerrier tué. et humectée d'urine.

Quand les sauvages n'absorbent pas, sous forme d'aliments, les substances ou organes destinés à leur procurer telle ou telle qualité physique ou morale, ils ont recours à l'inoculation ou même à l'onction. Les Barotsis, par exemple, pour être rapides, vainqueurs dans leurs jeux, adroits à la chasse, se font aux bras des incisions dans lesquelles ils introduisent une poudre fabriquée avec les os calcinés des diverses espèces d'animaux et d'oiseaux.

Chez certains noirs Australiens, c'est un usage fort répandu de tuer un homme pour prendre la graisse de son crâne et s'en frictionner. Les nègres de la Guinée Méridionale pensent que la cervelle est le siège de la sagesse; aussi, quand un de leurs hommes d'esprit meurt, n'ont-ils garde de laisser perdre une substance aussi précieuse : ils préfèrent la mêler à de la chaux et s'enduire le front du mélange ainsi obtenu, pour acquérir discernement et prudence. Certains Arabes de l'Afrique Orientale usent d'un onguent fait de graisse de lion, comme certains Australiens de la graisse de kangouroo pour devenir agiles et prompts à la course.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Stations hydrominérales et climatiques.

Un décret présidentiel prononce la déclaration d'utilité publique des six sources minérales dites Romaine, Zoé, Pierre, Julia, Etienne et Thérèse, appartenant à la société « Fumades-les-Bains development Company limited » et de la source dite « source Justet » appartenant à Mme veuve Justet et MM. Adolphe et Maurice Justet, situées toutes sur le territoire de la commune d'Allègre (Gard) au quartier dit des « Fumades ».

Par décrets également : 1° la commune de la Roche-Posay (Vienne) est érigée en station hydrominérale ; 2° la commune du Touquet-Paris-Plage (Pas-de-Calais) est érigée en station climatique et une chambre d'industrie climatique est instituée dans cette commune; 3° la commune de Lacaune (Tarn) est érigée en station hydrominérale et climatique et une chambre d'industrie thermale et climatique est créée dans cette station.; 4° enfin la commune de Bormes (Var) est érigée en station climatique et une chambre d'industrie climatique est créée dans cette commune.

ÉCHOS

Une Exposition originale.

A l'occasion de l'Exposition universelle de Gand, les administrations communales de Bruxelles, Anvers, Gand et Liège ont installé une « Exposition nationale de la falsification et de l'altération des denrées alimentaires. »

On trouve là, indiqués et dénoncés d'une façon saisissante, tous les moyens connus — et rigoureusement poursuivis par les polices locales — de falsifier, d'altérer les produits et les ustensiles qui servent à l'alimentation de l'infortuné consommateur : le lait, le beurre, la margarine, le pain, et les dérivés de boulangerie et de pâtisserie, les épices (oh ! ce que l'on nous fait boire sous le nom de café, thé, chocolat !), les boissons fermentées, les sucres, les conserves et, enfin, les ustensiles de ménage que des industriels peu scrupuleux font concourir à notre intoxication quotidienne.

Les organisateurs ont étalé sous nos yeux, d'une part le produit naturel et pur, et, tout à côté, les différentes altérations ou falsifications dont il est fréquemment l'objet.

Enfin, des projections microscopiques, des diagrammes, des modèles en cire indiquent l'action produite sur l'organisme humain par l'ingestion de certains produits.

Cette Exposition n'a d'autre but, on le conçoit, que de faire l'éducation du bon public mangeur et buveur, de lui indiquer les falsifications nocives et celles qui ne le sont pas, de lui faire connaître aussi toutes les mesures prises par les autorités pour découvrir et réprimer la fraude.

Une chaire d'hygiène et de clinique pour la première enfance.

Dans un rapport à la Commission de la dépopulation instituée au ministère des finances, M. Landouzy, professeur à la Faculté de médecine de Paris, a établi que l'un des points les plus importants du problème de la dépopulation est la conservation intégrale de la population naissante.

En effet, malgré les lois et les règlements dont la défense contre la mortalité infantile est pourvue, malgré la campagne entreprise par toute une série d'œuvres, d'institutions, de ligues, sur 1,000 naissances, on enregistre encore 120 décès d'enfants de un jour à un an.

Les causes de ce taux si impressionnant sont très diverses; une surtout contre laquelle peut et doit porter le principal effort : l'ignorance des mères.

Or, le médecin seul peut faire l'éducation des mères, à condition que lui-même recoive un enseignement pratique et complet de la puériculture.

A cet égard, il est dans notre enseignement public une lacune à combler. Tandis que nos futurs médecins font obligatoirement un certain nombre d'accouchements, ils ne sont pas astreints à des travaux pratiques d'hygiène, d'élevage et de traitement du nouveau-né, si bien qu'ils ignorent toutes choses dont dépend la vie et le développement du nourrisson.

Il est donc indispensable que l'enseignement de l'hygiène et de la clinique du premier âge figure désormais au programme des Facultés de médecine.

Ces conclusions du rapport de M. Landouzy ont été adoptées à l'unanimité par la Commission.

D'autre part, le conseil de la Faculté de médecine de Paris a voté également, à l'unanimité, la création à cet établissement d'une chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance, dont l'urgence n'est que trop démontrée par le taux de notre mortalité infantile.

Pour tous ces motifs, il y a le plus grand intérêt à ce que l'enseignement dont il s'agit soit organisé, dès le 1er novembre 1913, à la Faculté de médecine de l'université de Paris, et le ministre de l'instruction publique a saisi la Chambre, avant la clôture de la session, d'une demande de crédits correspondant au fonctionnement de la chaire projetée pendant les deux derniers mois de l'année.

La dépense annuelle est évaluée à 40.000 francs, savoir :

1 professeur (traitement moyen), 13.500 francs.
1 chef de laboratoire, 2,400 francs.
1 préparateur, 1,500 francs.
1 chef de clinique, 1,200 francs.
2 garçons à 1,950 francs chacun, 3,990 francs.
Dépenses permanentes de matériel, 5,500 francs.
Installation de la clinique (crédit une fois donné), 12,000 francs.

Deux candidatures ont été posées à cette chaire d'hygiène et de clinique infantile : celle du docteur Variot, qui dirige avec une rare compétence et une autorité indiscutée l'institut de puériculture de la ville de Paris à l'hospice des Enfants-Assistés, et celle du docteur Marfan.

Nécrologie.

On annonce la mort survenue subitement de M. le docteur Ogier, directeur du laboratoire de toxicologie de la préfecture de police.

Savant des plus distingués, M. Ogier fut durant de longues années, le plus précieux des collaborateurs du professeur Brouardel.

On lui doit de nombreux et remarquables travaux intéressant la toxicologie et la médecine légale.

Les Etats généraux du Tourisme.

Le 15 octobre, s'ouvriront à Paris les Etats généraux du Tourisme, sous le patronage du Président de la République, des ministres des Travaux publics, du Commerce, de l'Agriculture et du Travail.

L'organisation, arrêtée par l'assemblée constitutive, comprend trois divisions, dont chacune implique un certain nombre de commissions, lesquelles ont un programme déterminé. Ces trois divisions s'intitulent : aménagement du pays (logis, assainissement des villages, sports et fêtes); administration du tourisme (transports par fer, par route, par eau, routes de tourisme); organisation du tourisme (propagande à l'étranger, groupement des Syndicats d'initiative).

Concours de l'Internat de Lyon.

A la proclamation du résultat du concours de l'internat des hôpitaux de Lyon, M. Léon Chaine, administrateur des hospices, a prononcé un très éloquent discours, qui fut très applaudi et qui est aujourd'hui commenté et apprécié par tous les journaux.

Nous en détachons ce passage qui a produit la plus forte et la plus salutaire impression :

Res sacra miser, le pauvre, le malheureux est une chose sacrée, disait le poète ancien, et ce cri de miséricorde est un de ceux qui ont traversé les âges. On ne peut rien imaginer, en effet, de plus triste, de plus douloureux que la maladie jointe à la misère. C'est ce spectacle que vous allez avoir constamment sous les yeux, et il ne faut pas que l'habitude vous le rende moins intéressant. Souvent, avec un mot ou même avec un bon sourire, vous pourrez relever des courages, adoucir une souffrance et soulager une douleur.

84e Année (Série XIIIe) — N° 219 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 15 Octobre 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 15 Octobre 1913

ÉCHOS

Exposition de Gand.

Le stand de la *Gazette Médicale de Paris* a été très remarqué à l'Exposition de Gand. Le Jury tenant compte de l'importance de plus en plus grande prise en médecine par ce journal et ses éditions en langues étrangères, lui a décerné un Grand Prix et plusieurs médailles d'or à ses principaux collaborateurs.

Le divorce des aliénés.

L'ouvrage du Dr Lucien Graux sur le divorce des aliénés remporte toujours un grand succès. Nous recevons des commandes de tous les points du monde. Le huitième mille vient de paraître. Parmi les souscriptions, notons celles particulièrement importantes du Conseil municipal de Paris et du Conseil général de la Seine.

Vieux papiers.

La *Gazette Médicale de Paris* réunissant dans un but documentaire des vieux papiers médicaux serait reconnaissante aux confrères qui voudraient bien lui envoyer tous les vieux documents qu'ils pourraient avoir : vieilles ordonnances, vieux manuscrits, vieux grimoires, vieux bouquins, gravures anciennes, etc., tout ce qui se rapporte à la médecine et à la pharmacie. Des abonnements gratuits seront offerts aux gracieux correspondants.

Voir suite des Bons gratuits p. III

Un couple d'Hommes homosexue's

Par M. VITRY (de Metz)

C'étaient deux dégénérés, qui me rendirent visite pendant de longues années : l'un représentait le dernier rejeton d'une famille de la haute bourgeoisie, qui avait produit pendant deux siècles des diplomates de premier talent, des savants illustres, des commerçants à grande envergure. Je poursuis la dégénérescence de cette famille dans toutes leurs hranches et ne trouve d'autre explication que l'épuisement nerveux des mâles surmenés qui s'alliaient à des femmes ricbes mais tarées, et cela pendant plusieurs générations. Lui, le fils de famille, vint me consulter pour la première fois, il y a quinze ans. Se disant « bomme de lettres » il avait lu un de mes travaux sur la poésie bomosexuelle. Il me confia, qu'il était inverti sexuel et n'était pas étonné que je le connusse comme tel depuis longtemps. Il me raconta son enfance entre un père très doux et une maman excentrique ; qu'il portait des robes de jeune fille jusqu'à la première communion à douze ans ; que le port d'habits de garçonnet lui causait alors une répugnance extrême, mais que peu à peu il s'y était accoutumé. Quant à ses dessous, il ne les portait qu'en soie et dans des couleurs estompées, tant que ses moyens le lui permettaient encore. Après la communion — où il s'était trouvé pre que en extase — il entra dans un collège tenu par des religieux. Ses études étaient brillantes ; il passait régulièrement tous les examens. Pendant les vacances il se plaisait à ranger ses poupées journellement deux fois. De quinze à dix-sept ans survint une forte crise de masturbation avec des accès de scrupulosité et de dépression religieuse. A partir de dix-sept ans il tomba dans un mysticisme extrême. La différenciation sexuelle se fit alors dans le sens homosexuel. Il se liait à des camarades aux formes arrondies, répudiait les femmes mais, guidé par une honne éducation, restait en rapport de conversation avec celles de sa famille. A dix-huit ans, il eut la première éjaculation en présence d'un jeune étranger de formes très agréables. Ses prières ne s'adressaient qu'à des saints jeunes, jamais à la Vierge. A dix-neuf ans, il passa à l'Université, s'y lia avec des amis du même milleu social, mais devint bientôt solitaire, quand il vit ses camarades jouir des grâces féminines. Son travail à l'Université n'était pas très grand, ses ambitions baissèrent déjà. Il songea à entrer dans les ordres, mais finit par passer mollement ses examens pour retourner dans sa ville natale. Il ne fut jamais fumeur ni buveur à l'Université, mais il se plaisait là à courir les grands magasins, à fouiller dans les soies, à admirer les rohes de velours (pas de soie) et à les toucber. Ses parents étant morts pendant son séjour à l'Université, il disposait d'une belle fortune et menait un assez grand train d'intérieur, fréquenté surtout par de jeunes abbés. Pas de promiscuités bomosexuelles jusqu'alors.

Revenu dans le pays, il s'installa très confortablement, mais ne s'occupa pas de travail, faisant de la littérature doucereuse et de la broderie. La lecture de quelques ouvrages scientifiques l'édifiait complètement sur son inversion sexuelle, qu'il acceptait tranquillement. Seulement, depuis ce temps-là il souffrait d'érythromanie. Il recevait dans sa garconnière l'évêque et le haut clergé, donnait quelques dîners à des amis et s'occupait pour le reste de lecture et de hroderies style gohelins, un art dans lequel il se perfectionnait avec le temps. Entre temps, il se mit en semi-ménage avec un autre bomosexuel des classes de la hasse population. Ils s'étaient rencontrés par hasard dans un urinoir. L'autre plns âgé, l'avait deviné, flairé pour ainsi dire, et lui avait adressé quelques mots. Il l'invitait dans sa garçonnière, par nn goût d'égalité sexuelle, aussi hien que par la poussée du dégénéré intellectuel et élégant vers le crasseux, le populo. Il l'équipait convenablement, et eut dès lors le parasite dans la maison. Leurs relations homosexnelles consistaient dans l'onanisme mutuel. Depuis lors, il haïssait et snivait tont doucement et ensuite vertigineusement la pente vers les bas-fonds de l'ami homosexuel. Sa fortune se fondit ; sa famille et les anciennes relations dans son monde l'évitèrent ; il se négligea dans l'habillement ; il fréquenta, avec dégoût au commencement, les gargotes de son ami — mais malgré toutes mes admonestations ils ne se lâchèrent pas. Il quitta le pays avec lui, devint simple scribe, ensuite vagabond, mangea le soir aux soupes de l'Armée du salut, fut nourri à midi par l'ami qui gagnait seulement pour le loyer, le café et le déjenner — et un beau soir d'une fête de la Vierge il se jeta loin de la ville, l'estomac creux, un chapelet autour du cou et une sale cbemise de soie des temps d'antan sur le corps, dans l'ean silencieuse et noire.

L'autre moitié du couple fit et fait encore des apparitions rares chez moi. Il descend de parents alcooliques et est homosexuel sadiste meurtrier. Son ami ne sut ce dernier point que plus tard, mais leur liaison n'était alors plus à rompre. Les ntiment religieux n'était pas du tout développé chez lui. Il a su cacher son homosexualité sadiste jusqu'ici avec nne telle astuce, que personne ne se doute que son inversion spéciale ait pu le pousser au meurtre.

Un jour, on trouvait dans les promenades hoisées d'une ville un jeune ouvrier égorgé et mutilé. Il y avait passé la nuit à la belle étoile, s'était endormi sous l'influence d'une forte dose d'alcool à côté d'une autre personne comme les empreintes du sol le démontraient. L'autre l'avait égorgé avec une main d'Hercule sans lutte et lui avait pratiqué alors l'ablation nette et quasi anatomique des parties génitales. La police de tous les pays fut mise en alerte. On arrêtait quantité de pauvres diables, on les relâchait tous. L'affaire fut classée. L'auteur du meurtre est resté introuvable pour les policiers. C'était l'homosexuel sadiste du couple. Je l'ai su plus tard, après des années. L'intellectuel dans ce ménage homosexuel avait remarqué, malgré l'abrutissement du milieu dans lequel il était descendu, que le caractère tranquille de son compagnon changeait, avait des souhresauts, des dépre sions mal cachées. Lui, le peureux, se mit alors un jour à cuisiner l'Hercnle et ohtint la confession du menrtre. Il me fit la description de cette scène. C'était saisissant, horrible, digne d'être décrit par Huysmans. Ce qui m'étonnait, c'est que le sadiste n'avait jamais exercé le moindre acte sadique sur son ami. Quand j'expliquai à l'intellectuel que, plus que prohablement, son ami volage contait fleurette à d'autres bomosexnels pour assouvir ses goûts sadiques, il ne voulut pas ajouter foi à ce sonpçon, tant il était avengle. Mais son sentiment religieux luttait en lui vis-à-vis de cette amitié ; le sentiment social, justicier, avait sombré. Il n'allait pas accuser, n'allait pas confesser ; mais il sut ployer par ses sermons mystiques on réitérés la conscience de son ami meurtrier d'une telle façon que, avec l'absence de sentiment religieux chez cet être quasi primitif, le sentiment sexuel s'appropriait un mysticisme sanvage : l'intellectuel pardonnait le meurtre à son ami en s'érigeant justicier et en lui infligeant, comme peine d'expiation, de porter les parties mutilées du cadavre sur le corps. L'antre, qui jusqu'alors avait conservé les parties sexuelles anatomiquement préparées de sa victime dans les endroits les plus cachés de leur honge commun, accepta. Il les porte et il les regarde comme son « talisman ». Le sadiste est devenu fétichiste convaincu. Latent, il l'était depuis longtemps. Qnand l'intellectuel me racontait cette « punition », je vis les premières lneurs dn coup de foudre définitif qui le tuerait. Un certain temps après, l'autre vint me raconter tranquillement la fin de son ami. Puis il retourna se plonger dans le gouffre de la grande ville. (1).

(1) *Gaz. des Hôp*

La Phéno-Puncture sous-cutanée dans la Coxalgie douloureuse

Par M. le Docteur Louis MENCIÈRE, de Reims

Chirurgien de la Clinique de Chirurgie orthopédique.

J'ai fait connaître la phéno-puncture (1) en 1902 (2). Elle a ses indications, ses contre-indications ; facilement applicable à une articulation, plus difficilement à une autre articulation ; appréciée, de différentes façons, quelquefois à la suite d'une technique qui n'est pas exactement la mienne. Je n'ai pas l'intention de discuter ici la valeur en général de ce procédé, qui continue à me rendre les plus grands services, appliqué judicieusement, suivant les indications de chaque cas et de chaque articulation.

Je veux attirer l'attention sur un point particulier, pas assez mis en évidence dans mes travaux antérieurs : la spécificité de la phéno-puncture pour la guérison de la coxalgie douloureuse.

Ici, par guérison, j'entends guérison de la forme douloureuse de la coxalgie, qui continue ensuite à évoluer vers la guérison, (avec un traitement approprié tel que je l'ai décrit) (3) comme une coxalgie ordinaire non douloureuse.

Quel est le chirurgien orthopédiste ou le chirurgien d'enfants qui ne connaisse pas cette forme spéciale de la coxalgie, forme assez rare, d'ailleurs ? Par coxalgie douloureuse, je n'entends pas la coxalgie habituelle avec douleurs presque constantes et parfois violentes.

Une hanche atteinte de coxalgie ne peut être touchée sans qu'il y ait de la douleur.

Qui ne connaît le cri nocturne des petits malades qui, en plein sommeil, poussent un cri puis se rendorment ? L'enfant s'éveille à moitié, fait un mouvement, pousse un cri, contracte de nouveau ses muscles relâchés pour immobiliser l'articulation, puis se rendort. Ceci est bien une preuve que dès que l'articulation n'est plus immobilisée par la contracture, elle devient douloureuse.

La pression sur la tête fémorale est douloureuse, un choc sur le membre est douloureux, mais, tout ceci n'est pas la coxalgie douloureuse !

La coxalgie douloureuse est une forme que j'appellerai « hyperesthésique ». L'élément douleur domine toute la scène. Le malade, la famille, l'entourage, tout le monde est affolé.

Le coxalgique n'a pas de repos, jour et nuit, une douleur hyperesthésique, spontanée on provoquée par le moindre mouvement, lui arrache des cris de douleur.

(1) Je ne dis pas phénolisation, ce qui est tout autre chose. La phéno-puncture a pour but d'aller au centre des épiphyses atteintes et d'y déposer une certaine quantité d'acide phénique pur qui a une action éffective sur le tissu osseux. Il ne s'agit nullement d'injections d'acide phénique pur. (Voir ma technique dans mes travaux antérieurs et se souvenir que, comme dans la phénolisation, la phéno-puncture doit être suivie d'un lavage intra osseux à l'alcool, pour neutraliser l'acide phénique.)

(2) Ce que doit être le traitement moderne de la tuberculose osseuse et articulaire. Archives provinciales de Chirurgie, Paris, octobre 1902. Mencière.

(3) Phénolisation et phéno-puncture des tuberculoses osseuses et articulaires. Union à la phénolisation et à la phéno-puncture des injections intra-articulaires et interstitielles d'éther iodoformé. Action de ces dernières sur l'état général. — Mencière, Congrès français de Chirurgie, Paris, octobre 1907. L'outillage et la technique de la phéno-puncture sous-cutanée ou à ciel ouvert ont été décrits en détail. Voir Mencière : Archives provinciales de Chirurgie, octobre 1902 ; Congrès international de Médecine, Madrid, 1903 : Congrès français de Chirurgie, Paris, 1907 ; Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, Clermont, 1908.

Voir Technique du traitement de la coxalgie et des tumeurs blanches pour la conservation du mouvement dans l'articulation. Etude cinématographique des sujets après guérison. — Mencière : 22e Congrès de Chirurgie, Paris, 1909.

Ce qu'on demande au médecin, ce n'est pas la guérison de la coxalgie, c'est un moyen de calmer le malade qui n'a pas un moment de repos.

Tous les calmants et tous les hypnotiques y passent et rien n'y fait.

Comme exemple, je citerai quatre cas absolument typiques et dont on trouvera plus loin l'observation.

L'un concerne un enfant de 12 ans, Maurice G..., qui, après un traitement de 18 mois dans une de nos stations marines les plus réputées, m'arrive criant nuit et jour « recro-

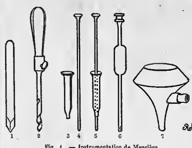


Fig. 1. — Instrumentation de Mencière.

1. Lancette. — 2. Mèche hélicoïde de 6 m/m. — 3. Protecteur. — 4. Mandrin — 5. Protecteur métallique et mandrin. — 6. Pipette métallique. — 7. Entonnoir s'adaptant au protecteur et rendant facile le lavage à l'alcool. L'entonnoir garantit les parties molles environnantes et également les mains de l'opérateur.

quevillé dans sa gouttière, « hurlant » de douleur à chaque pas fait par les infirmiers pour transporter son brancard.

Un autre concerne une jeune fille de 19 ans, Renée B..., qui m'arrive au début d'une coxalgie. Impossibilité de supporter aucun mouvement, le moindre contact arrache des plaintes. La malade, au lit, ne peut même pas tourner la tête sur son oreiller sans pousser un cri.

Deux autres observations concernent deux garçons, l'un âgé de 6 ans et demi, Louis D..., l'autre âgé de 7 ans, Arthur L...

Eh bien ! en pareils cas, rares fort heureusement, que nous demandent la famille et le malade ; une guérison ? non, tout le monde est affolé et demande un soulagement, un répit, à ces douleurs continuelles et acerbes ? Nous n'avons d'autre recours que les opiacés, les calmants divers, qui d'ailleurs n'agissent pas en pareil cas.

Or, pour calmer ces douleurs, pour faire disparaître cette forme douloureuse, nous avons un moyen héroïque, un procédé « spécifique » : c'est la phéno-puncture.

L'histoire de ces malades est superposable : nous les avons tous connus ici pendant plusieurs jours dans le service criant nuit et jour.

On les opère : une seule pointe de phéno-puncture, subitement la douleur disparaît. Le soir même de l'opération, elle n'existe plus ou très peu ; le lendemain et les jours suivants, elle ne revient pas. C'est tout au plus, si après l'intervention, ces malades présentent une hanche douloureuse comme tout coxalgique, ou tout sujet ayant subi une légère intervention.

Cette forme spéciale, hyperesthésique, qui ne cédait à rien, cède immédiatement à une seule pointe de phéno-puncture.

J'ai cru intéressant de signaler le fait aux partisans et aux non-partisans de la phéno-puncture ; les premiers y trouveront un motif de plus de continuer à se servir de la méthode, et les seconds y trouveront peut-être une occasion d'y venir (1).

Puisant dans mes mémoires antérieurs, je rappellerai en peu de mots, et en donnant quelques schémas, ma méthode et ma technique. Je noterai ensuite avec quelques détails les quatre observations auxquelles je viens de faire allusion.

Pour pratiquer la phéno-puncture sous-cutanée, nous avons fait construire des instruments (2) figurés sur les clichés ci-contre et dont voici l'énumération :

Un laveur contenant de l'alcool.

Une lancette « ad hoc » pour traverser les tissus mous d'un seul coup.

Un tube protecteur en métal pouvant s'adapter à *un petit entonnoir*, ce qui évite à coup sûr de répandre l'acide phénique sur la peau du sujet ou sur les doigts de l'opérateur et permet en outre d'exécuter très facilement le lavage à l'alcool sans mouiller les parties voisines.

Une mèche hélicoïde montée sur un manche très lourd.

Une pipette métallique.

Un mandrin qui servira à guider le protecteur.

Un récipient haut et étroit contenant de l'acide phénique pur.

La lancette spéciale, sorte de longue tige d'acier à forme aplatie et large, pénètre jusqu'à l'os et trace le chemin à la mèche hélicoïde. Celle-ci est enfoncée à travers la petite plaie qui mesure à peine 1 centimètre et va tarauder l'os. (3)

Ce taraudage est rendu facile par le poids

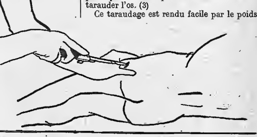


Fig. 2. — Taraudage de l'épiphyse : Trochanter, col, tête fémorale, par la mèche hélicoïde.

même de l'instrument muni d'un manche très lourd et tenant bien en main.

La mèche hélicoïde mesure 6 m/m de diamètre, elle est disposée de telle façon que les débris osseux sont attirés au dehors et mon-

(1) Ce procédé pour guérir une douleur « osseuse » était connu des dentistes, mais il était ignoré des médecins... J'ai cru bon de le leur rappeler l'ayant moi-même découvert pour mon propre compte au cours de mes recherches sur la phéno-puncture, dans la coxalgie.

(2) Ce petit outillage très simple est utilisé soit pour la phénolisation, soit pour la phéno-puncture. Il permet de protéger les mains du chirurgien et la peau du malade, évitant ainsi des eschares à l'un et à l'autre.

Un peu d'habileté et d'attention suffisent pour éviter tout inconvénient. En cas d'incident, le remède est de laver immédiatement à l'alcool absolu.

(3) Pour plus de sûreté, une petite curette très étroite va chercher les « débris osseux » produits par le taraudage et qui, en se mortifiant, constitueraient des corps étrangers.

tent seuls autour de l'hélice à mesure que la mèche pénètre dans le tissu osseux.

Un orifice de 6 m/m de diamètre est ainsi percé au centre des épiphyses, à travers les



Fig. 3.

Taraudage de l'épiphyse, trochanter, col, tête fémorale.

Schéma montrant la mèche hélicoïde traversant le trochanter, le col, et pénétrant dans la tête fémorale, jusqu'à l'union de son tiers externe et de son tiers moyen.

condyles, s'il s'agit du genou; le trochanter, le col et la tête, s'il s'agit de la hanche, sans contusion des parties molles. Le diamètre de la lancette qui a frayé le chemin est à dessein un peu supérieur à celui de la mèche.

Le protecteur métallique (1) surmonté d'un entonnoir également métallique, est introduit à travers les parties molles qu'il doit protéger contre l'acide phénique pur, ce qui permettra une fermeture rapide de l'incision cutanée. Il va emboîter l'orifice percé dans l'os.

On prend à ce moment la pipette chargée

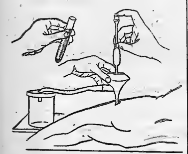


Fig. 4.

Application de l'acide phénique au centre de l'épiphyse.

Le protecteur métallique est introduit à travers les parties molles, puis on adapte au protecteur l'entonnoir métallique. — On prend de l'acide phénique pur dans une éprouvette (vase long et étroit), à l'aide de la pipette. — On soulève le doigt posant sur l'extrémité supérieure de la pipette et l'on dépose une certaine quantité d'acide phénique pur au centre de l'épiphyse. (Méthode, technique, outillage de Mencière).

d'acide phénique et l'on porte cet acide au centre de l'épiphyse.

On peut de cette façon agir sur le tissu osseux, le désinfecter, produire, par l'action énergique du liquide modificateur, des albuminates extrêmement bactéricides; en un mot, on désinfecte énergiquement l'épiphyse et l'on provoque en son centre une excitation favorable qui amènera une phagocytose intense, une suractivité qui ne tardera pas à combler rapidement le petit orifice produit.

Je laisse le liquide en contact avec le tissu osseux une minute.

La pipette, qui maintenant va me servir de sonde, est réunie par un embout métallique au laveur contenant de l'alcool. Je lave abondamment avec ce dernier liquide, antidote de l'acide phénique, la pointe de phéno-puncture.

(1) Le protecteur métallique est guidé par un mandrin qui trace la route et sert à retrouver le trajet foré dans l'os.

Pour la hanche la technique est un peu spéciale. — L'opérateur repère le trochanter, reconnaît son rebord supérieur, inférieur, antérieur, postérieur.

Il circonscrit le trochanter entre l'index et le pouce, placés sur le rebord antérieur et postérieur.

Au niveau du rebord inférieur, à la base du trochanter, il enfonce la mèche obliquement de dehors en dedans, de bas en haut en se dirigeant vers un point situé à mi-chemin entre l'épine du pubis et l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il pénètre dans l'os (chez l'adulte de 7 centimètres environ), à travers le trochanter, le col, la tête fémorale.

Suivant l'âge des sujets, leur corpulence, on pénètre un peu plus ou un peu moins.

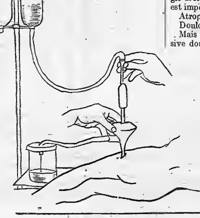


Fig. 5. — Lavage à l'alcool.

La pipette qui va maintenant servir de sonde, est réunie par un tube en caoutchouc au laveur contenant de l'alcool. Un deuxième tube en caoutchouc, tube évacuateur, conduit l'alcool dans un récipient.

J'ai établi la règle suivante pour ne pas avoir de mécompte :

Rechercher l'épine pubienne, l'épine iliaque antérieure et supérieure. Prendre le milieu de cette distance. Puis avec l'index, reconnaître l'épine iliaque antérieure et supérieure, en suivre les contours. Descendre jusqu'à l'épine iliaque antérieure et inférieure.

Sans perdre contact avec l'os, descendre encore, chez l'adulte, de 3 centimètres en se dirigeant vers le pubis. On arrive ainsi sur l'éminence ilio-pubienne, à hauteur du milieu de la ligne : épine du pubis et épine iliaque antérieure et supérieure. On reconnaît le point médian et supérieur de la partie antérieure de la tête fémorale.

Je place à ce niveau une branche du compas d'épaisseur, et l'autre branche sur la partie moyenne du rebord inférieur du grand trochanter. J'évalue l'épaisseur des parties molles et j'en déduis la distance entre la face externe du trochanter et le pôle supérieur de la tête fémorale.

J'évalue la distance nécessaire à faire parcourir à la mèche pour traverser le trochanter, le col et le tiers externe de la tête fémorale. (1).

(1) Pratiquement, je recherche l'artère fémorale qui croise la tête fémorale à l'union du tiers interne avec le tiers moyen; en dehors d'elle, je sens la tête et je me repère rapidement à l'aide de ces données.

Cette évaluation qui paraîtra, ici compliquée, se déduit rapidement avec un peu de pratique, quand on connaît la topographie de la région, et quand on a l'habitude de trouver rapidement par la palpation ses repères osseux.

Observation I

Maurice G..., 12 ans, vu le 12 mars 1905.

L'enfant est immobilisé depuis 18 mois dans une gouttière de Bonnet. Ce malade est maigre, squelettique, la mère nous dit qu'il a beaucoup maigri depuis août dernier.

Il a été soumis pendant 18 mois au traitement marin avec extension, appareil plâtré etc.

Il m'arrive avec une hanche en attitude vicieuse, extrêmement douloureuse. Cri nocturne, impotence absolue, douleur aiguë au moindre heurt.

Empâtement, paquet ganglionnaire volumineux dans l'aine gauche.

Si l'on pratique la flexion passive de la hanche, on ne peut dépasser un angle de 109°, il est donc impossible d'arriver à l'angle droit. Le bassin est entraîné ; l'abduction est impossible.

Atrophie musculaire de la cuisse.

Douleur à la pression de la tête fémorale.

Mais ce qui domine la scène, c'est l'excessive douleur spontanée et provoquée au niveau de la hanche.

En m'amenant cet enfant, « hurlant de douleur » à chaque pas fait par les infirmiers pour transporter son brancard, on me demande surtout de calmer la douleur intolérable dont il se plaint. Or, comme on le sait, tous les calmants employés en pareil cas demeurent inutiles.

Je décide de pratiquer une pointe de phéno-puncture dans l'épiphyse fémorale.

Phéno-Puncture le 13 mars 1905. — La journée est calme. Le soir, l'enfant n'accuse plus de douleur; j'en fais la remarque, moi et me saides.

Le lendemain, nuit bonne, température 37°, journée excellente; pas de douleur, ce qui surprend agréablement le malade et l'entourage.

La douleur était telle avant l'opération que le malade était dans un état de prostration ne lui permettant de s'alimenter qu'avec du lait et des œufs. Aujourd'hui, l'appétit devient bon, le malade s'alimente.

Le 16 mars, c'est-à-dire 3 jours après l'opération, on descend l'enfant au parc, il ne souffre plus pendant le transport.

La phéno-puncture a merveilleusement fait disparaître la coxalgie douloureuse. Il reste une coxalgie à marche habituelle que nous traitons comme telle jusqu'à guérison :

Injections en séries d'éther iodoformé — port d'appareils rigides, puis progressivement articulés.

Le 13 janvier 1906, 10 mois après l'opération, l'état du malade est le suivant : état général excellent, pas de douleur.

Je décide d'articuler l'appareil au niveau du genou ; dans 2 mois, on pourra l'articuler au niveau de la hanche qui conservera un certain degré de mouvement volontaire.

Revu le 17 mars 1906, un an après opération.

On articule l'appareil au niveau de la hanche.

La palpation ne révèle aucune douleur. L'état est tel qu'on peut permettre à cette hanche de retrouver, si faire se peut, partie ou totalité du mouvement.

Le 6 avril 1907 « aucune douleur, aucune sensibilité depuis 22 mois » nous dit le père.

Pas de raccourcissement.

On enlève définitivement l'appareil.

Exercices prudents de flexion au niveau de la hanche, massages.

Le 1er août 1907, l'enfant, montré à mes collègues du Congrès de l'Avancement des sciences à Reims, et examiné notamment par M. le Professeur Landouzy, ne boite pas ; à peine légère hésitation, pas de raccourcissement, abduction presque totale, flexion active 125°, — donc conservation d'une partie du mouvement.

Revu le 15 août 1908 :

Guérison non seulement en attitude correcte, mais avec les trois quarts du mouvement de flexion volontaire de la hanche, — résultat excellent dans un cas grave.

Cas type de guérison par phéno-puncture et injections dans un cas grave qui était demeuré sans aucune amélioration pendant 18 mois de traitement marin ; mais *surtout ici, cas type de guérison de la coxalgie douloureuse par la phéno-puncture.*

Observation II

Louis D....., 6 ans 1/2, vu le 11 décembre 1909.

Début : il y a 1 an. — Depuis 2 mois, l'enfant ne peut plus se tenir debout, nous disent les parents. La douleur spontanée est excessive, l'enfant crie nuit et jour.

Examen, décembre 1909.

Raccourcissement du membre 2 cm.

Les mouvements de flexion et d'abduction de la hanche sont absolument impossibles, par suite de la contracture et de la douleur.

Le moindre attouchement arrache des cris à l'enfant.

Empâtement. — Traitement : une pointe de phéno-puncture, sous-cutanée, au niveau du trochanter.

Résultat immédiat : Dès le lendemain de l'intervention, on peut toucher l'enfant, le remuer. Il fait mouvoir seul son pied et son genou, sans souffrir, ce qu'il n'avait pas fait depuis plusieurs mois.

Instillations intra et péri-articulaires.

Immobilisation.

Guérison avec hanche fixée en bonne attitude.

Revu en 1913. — Guérison en bonne attitude, 2 cm. de raccourcissement.

Au cours du traitement, un petit abcès se montre 10 mois après notre premier examen, au niveau du tenseur du fascia-lata. Ponction, injections, phénolisation de la poche. — Guérison.

Au moment de notre premier examen, il n'y avait pas d'abcès accessible d'une part, et de l'autre, la phéno-puncture de l'épiphyse a immédiatement fait disparaître la coxalgie douloureuse, pour la transformer en coxalgie habituelle.

Observation III

Renée B....., 19 ans, vue le 18 septembre 1911.

A été soignée depuis 2 ans par mon confrère, le docteur Saint-Aubin, pour tuberculose pulmonaire. La malade a eu des hémoptysies, mais actuellement la lésion pulmonaire s'est améliorée. Elle m'est adressée aujourd'hui pour coxalgie.

En janvier 1911, chute qui ne parait pas avoir une relation immédiate avec la lésion actuelle.

En été 1911, douleurs dans le membre inférieur gauche. Puis, plus tard, claudication, membre plus long.

Le médecin porte le diagnostic de coxalgie.

Depuis le 8 septembre 1911, crises douloureuses au niveau de la hanche gauche. La malade ne peut plus mettre le pied à terre.

Quand la malade est amenée à ma clinique, le 18 septembre 1911, elle n'a pas fermé l'œil depuis cinq nuits. Le moindre mouvement lui fait pousser des cris, lui occasionne des transpirations abondantes.

Examen :

Hanche droite : tous les mouvements sont libres ; aucune douleur à la palpation dans l'aine, ni en arrière, au-dessus du trochanter.

Hanche gauche : douleur violente à la pression au niveau de la tête fémorale et du trochanter.

Flexion active et passive impossibles.

Abduction impossible.

On sent que les muscles entrent en défense ; la malade pousse des cris de douleur.

Atrophie musculaire. Chaîne ganglionnaire dans l'aine. Le membre paraît plus long.

La malade immobilise sa hanche, se contracte, elle n'ose même pas changer la tête de place sur son oreiller, de peur de faire un mouvement.

Coxalgie douloureuse :

L'indication est tout d'abord d'atténuer ou de supprimer la douleur. Ce que nous savons de la phéno-puncture dans des cas analogues (obs. Maurice G... ; et obs. L. D....) guide notre décision.

Phéno-puncture de la hanche le 23 septembre 1911.

Le soir : 37-4. — La douleur spontanée cède déjà en partie.

Elle disparaît le lendemain de l'opération.

Le 26 septembre, trois jours après l'opération, je trouve noté : les douleurs acerbes spontanées sont disparues, il n'y a plus que de la douleur provoquée.

La malade souffre encore quand on la change de place, mais ce sont, en pareil cas, les douleurs de toute coxalgie.

Le 11e jour la malade remue sur son lit tête et bras ; chose qui lui était impossible avant l'opération.

Le 10 octobre, on commence la série des instillations intra et péri-articulaires qui sont ensuite périodiquement répétées suivant notre technique (1).

Le 28 novembre, je note : Non seulement les douleurs spontanées sont depuis longtemps disparues, mais depuis 8 jours les douleurs provoquées ont cédé. La malade peut être transportée sans douleur, elle se soulève seule.

L'état général est tout autre, et dorénavant la guérison va suivre son cours normal.

J'examine la hanche le 15 janvier 1913 :

La malade va bien, la guérison a suivi son cours normal, la coxalgie est éteinte ; avec prudence on pourra rechercher tout ou partie du mouvement.

(1) Voir communications antérieures, note page 1.

Observation IV

Arthur L....., 7 ans ; vu le 2 mars 1912.

Coxalgie douloureuse à gauche.

A déjà été plâtré pendant 18 mois étant à la mer, puis a porté un appareil en celluloïd.

L'enfant m'arrive avec une récidive datant de 3 mois.

Cet enfant ne peut plus poser le pied à terre.

Couché, il ne peut s'étendre, à cause de la douleur ; il cherche à rester assis.

Douleur intense, spontanée et provoquée, au niveau de la hanche.

Pression de la tête fémorale en avant et en arrière très douloureuse. Choc au talon, *idem*.

Contracture, position vicieuse en flexion.

Flexion, extension, abduction passives impossibles ; le bassin est entraîné, la douleur est très violente.

Atrophie musculaire.

Je ne trouve pas d'abcès (1), mais, dans le cours du traitement, on aura l'occasion de ponctionner un abcès et de l'injecter avec de l'éther iodoformé.

Pour le moment donc, pas d'abcès formé ou accessible et ce qui domine la scène, c'est la douleur intolérable provoquée et spontanée.

Je pratique une pointe de phéno-puncture à la base du trochanter, passant par le col, dans la direction de la tête fémorale.

Le soir 37°, urines normales.

L'enfant souffre moins, on peut le soulever pour lui donner des soins, alors que la veille cela était impossible.

Nuit bonne.

Avant l'opération, le malade qui ne pouvait étendre le genou et tenait toujours la hanche demie-fléchie sur l'abdomen, étend aujourd'hui le membre complètement. Il peut changer de place dans son lit.

D'une façon évidente, ici encore, la phéno-puncture a transformé une coxalgie douloureuse en coxalgie à forme habituelle.

L'enfant est soumis au traitement que nous appliquons en pareil cas : traction, appareils, instillations périodiques dans la hanche. Dorénavant, la guérison va suivre son cours normal.

Je trouve noté le 25 mars, 17 jours après l'opération : cet enfant qui ne pouvait bouger dans son lit sans souffrir, qu'on ne pouvait toucher sans faire crier de douleur, aujourd'hui s'assied, se remue facilement. Il étend son genou et sa hanche, on doit même le gourmander pour lui faire garder l'immobilité.

Etat général : bon.

Après un mois d'opération, petit abcès gros comme une noix au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Ponction, instillations.

Un an après son opération, l'enfant va très bien, la coxalgie est éteinte, on ne trouve plus trace d'abcès ; par prudence, on remettra un 3e appareil plâtré. On pose ensuite un appareil en cuir, articulé au genou.

La guérison de cet enfant se fait avec genou possédant tous ses mouvements et hanche fixée en bonne direction.

Cette guérison demande de 15 à 18 mois, mais remarquez que l'élément douleur, la coxalgie douloureuse a cédé presque immédiatement à la pointe de phéno-puncture.

Evidemment, si, en présence d'une coxalgie douloureuse, on constatait la présence d'un abcès, l'indication serait de ponctionner d'abord l'abcès et de faire une pointe de phéno-puncture ensuite dans l'épiphyse, si besoin était.

Mais (et j'insiste sur ce fait) il y a des coxalgies où l'élément douleur domine sans abcès encore existant ou accessible, abcès pouvant se montrer plus tard (obs. Louis D..., Renée B..., Arthur L ....,) ou pas (obs. Maurice G...).

La phéno-puncture de l'épiphyse fait disparaître la douleur par un mécanisme analogue, peut-être, à celui connu des dentistes qui utilisent l'acide phénique dans une dent cariée.

D'autre part, il ne faut pas considérer la hanche comme une région à départements bien limités et séparés :

(1) Si en pareil cas on constatait un abcès, bien entendu, la meilleure façon de faire cesser la douleur serait de s'attaquer à cet abcès. Dans les coxalgies douloureuses, il peut se faire que la cause initiale soit un abcès en formation qui se révèlera plus tard (obs. Louis D..., René B..., et Arthur L...), mais il s'agit de faire cesser la douleur au moment où l'abcès n'est pas encore formé ou accessible.

Or, en pareil cas, c'est à la phéno-puncture qu'il faut s'adresser.

Cavité cotyloïde; tête; col; trochanter; ligaments; parties molles.

Anatomiquement, cela est vrai.

Histologiquement, cela est faux.

Je considère la hanche, on toute antre articulation, comme une région dont tous les départements communiquent entre eux largement par leur « armature » commune : tissu conjonctif.

Histologiquement, en effet, ne s'agit-il pas d'une région dont l'« armature » constituée par du tissu conjonctif est sillonnée de vaisseaux et de nerfs, et sert de support à d'autres tissus plus denses, os, on de texture différente, muscles, tendons, etc...

Je considère en pareil cas, que, histologiquement, nous avons, malgré la diversité des tissus, une même région dont tous les départements communiquent largement entre eux. C'est à cette disposition histologique que j'attribue la possibilité d'action, sur l'ensemble de l'articulation, d'un médicament énergique, bien en dehors du point où il est déposé, et en pareil cas jusque sur les parties molles intra et péri-articulaires. Cela, alors même que l'acide phénique pur est déposé dans l'intérieur de l'os.

Je suis convaincu que la phéno-puncture de l'épiphyse a une action sur toute la région, jusque sur le cotyle lui-même, bien que l'acide phénique n'ait pas été déposé là.

En tous cas, il me paraît démontré qu'en présence d'une coxalgie douloureuse, la phéno-puncture de l'épiphyse fémorale est le procédé de choix pour faire disparaître la douleur intolérable qui torture le malade et c'est encore un des meilleurs moyens pour modifier l'évolution de la coxalgie elle-même.

Un Sanatorium sous le Consulat

M. le Dr Henri Vergniaud, médecin principal de la Marine en retraite, a trouvé dans les papiers de son grand-oncle Henri Vergniaud, député de Saint-Domingue et, ensuite, de la Haute-Vienne au Conseil des Cinq-Cents puis au Corps législatif, cousin de Vergniaud dit le Girondin, la très curieuse note suivante qui montre sans réplique que la réalisation des sanatoriums est loin d'être nouvelle, comme beaucoup se l'imaginent.

« *Note relative à un projet de création, sous le Consulat, d'un sanatorium à la Nouvelle-Orléans et d'un service de transport hôpital entre ce sanatorium et Saint-Domingue.*

« *Note pour le Premier Consul.*

« Le climat de Saint-Domingue a dévoré environ 40.000 hommes depuis le commencement de la révolution. 30.000 sont morts de maladie ; 10.000 ont été assassinés ou tués les armes à la main.

« On a remarqué que du grand nombre de malades embarqués à Saint-Domingue pour les côtes de France ; il n'en était pas arrivé un cinquième à bon port, et que de ceux qu'on avait fait passer aux Etats-Unis, il n'en n'était pas mort le sixième.

« Ceci démontre jusqu'à l'évidence qu'il *faut absolument établir un hôpital militaire à la Nouvelle-Orléans et un paquebot d'ambulance pour y transporter les malades de nos autres colonies* et en retour les remplacer par des troupes fraîches. Il ne faut pas craindre que le service de la Louisiane en souffre ; sous son climat tempéré le travail ordinaire du soldat ne peut qu'accélérer son rétablissement en lui procurant un exercice modéré et nécessaire à tout convalescent.

« Cette navette préservera nos troupes des dangers d'un climat mortifère, les fera triompher des rehelles et épargnera les frais d'armement indispensables pour entretenir des armées aux Antilles ; elle ôtera au gouvernement des Etats-Unis, très habile à augmenter leur population, la faculté de soudoyer et faire déserter nos soldats, ce qu'on a pu lui reprocher toutes les fois que les agents aux îles françaises ont envoyé sur ses terres des malades en convalescence.

« An moment où le Premier Consul s'occupe du rétablissement de nos anciennes colonies et de l'organisation des nouvelles, j'ai cru devoir lui présenter cette note, dont l'intérêt ne sera peut-être pas déplacé dans les instructions qu'il donnera aux administrateurs chargés de ses ordres ; je le prie de la recevoir avec bonté.

« Henri Vergniaud, législateur ».

UN

Nouvel Antiseptique du Vagin

Par le Docteur Henri RAJAT

Docteur ès-Sciences de l'Université de Lyon
Chef du Laboratoire des Hospices civils
Directeur du Bureau Municipal d'Hygiène de Vichy

La nature infectieuse des diverses affections génitales domine la plupart des indications thérapeutiques et prophylactiques de ces maladies. Le but à remplir est de mettre la muqueuse utérine à l'abri des microbes pathogènes.

Les grandes injections, malgré les critiques qu'elles ont pu mériter quelquefois, constituent encore l'un des meilleurs moyens que nous ayons pour désinfecter la cavité génitale. Elles doivent être faites avec une propreté méticuleuse, car le point capital dans ces affections, et surtout indispensable, c'est une antisepsie sévère de la région.

Dans le traitement de la blennorragie chez la femme, nous devons considérer deux cas :

1° Lorsque la malade est à la période d'éréthisme douloureux et de miction pénible.

2° Au moment du déclin, lorsque le traitement doit porter surtout sur les pertes blanches.

Dans le premier cas, nous indiquons toujours le repos et les injections deux fois par jour, trois fois suivant le cas, avec eau bouillie et une cuillerée de Gyraldose par litre d'eau tiède. Après un temps variable pendant lequel les phénomènes douloureux sont atténués ou disparus, il est utile de conseiller une injection vaginale quotidienne afin d'éviter l'apparition des pertes blanches chroniques.

Dans le deuxième cas, c'est-à-dire au moment de l'apparition des pertes blanches, cette goutte militaire féminine, nous conseillons des injections bi-quotidiennes avec la Gyraldose à la dose d'une cuillerée à soupe par litre d'eau tiède. La prophylaxie consistera donc dans la stricte application des soins d'hygiène et de propreté après tout rapport, afin d'éviter la métrite chronique et la salpingite.

Les hygiénistes ne cessent de répéter qu'il est préférable de prévenir le mal que de le combattre.

Toutefois, la multiplicité des corps que l'on présenta au Corps Médical furent nombreux, les uns trop inoffensifs, les autres avec trop d'inconvénients.

Actuellement, d'après les expériences et les observations que nous avons faites avec le nouveau produit découvert par M. Duménil, la Gyraldose, nous sommes en droit de dire que l'association d'acide thymique, de trioxyméthylène et d'alumine sulfatée procure aux malades le maximum d'effets antiseptiques thérapeutiques sans aucun effet irritant.

Cette association de thymol, de triformol et d'alumine sulfatée répond scientifiquement aux nombreuses indications des injections vaginales chez la femme.

Le thymol est antiseptique, le triformol ou trioxyméthylène est désinfectant et bactéricide, l'alumine sulfatée est astringente et fixatrice.

Le thymol a en effet un pouvoir antiseptique élevé, une causticité nulle et un pouvoir astringent assez grand vis-à-vis des muqueuses, lorsqu'il est employé en solution diluée.

Son association avec le trioxyméthylène exalte encore son pouvoir bactéricide.

Le trioxyméthylène est un corps polymérisé qui, en présence de l'eau chaude, régénère le formol, produit qui sert de base aux nombreux procédés de désinfection employés actuellement. Doléris fut le premier qui conseilla le formol parmi les autres antiseptiques utilisés en injection chez la femme.

Indépendamment de son pouvoir antiseptique, le formol est le plus puissant des désinfectants connus, mais son pouvoir irritant sur les muqueuses l'avait jusqu'à présent écarté de l'emploi en injection vaginale.

Mais en le combinant à l'alumine sulfatée Duménil a permis d'éviter son action irritante tout en ne conservant que son pouvoir antiseptique.

Quant à l'alumine sulfatée, elle fixe les vapeurs irritantes qui se dégagent de la solution de formol produite lorsqu'on met le trioxyméthylène au contact de l'air. Il s'ensuit donc que l'action caustique est arrêtée et que rien ne s'oppose à utiliser son action bactéricide.

Indépendamment de cet avantage, l'alumine sulfatée est encore plus intéressante par ses propriétés astringentes qui lui permettent d'englober en un précipité albumineux les microbes, les toxines et en empêcher leur absorption par les muqueuses ; enfin, elle est encore antiputride et désodorisante et, n'étant pas toxique par elle-même, elle empêche ou arrête toute putréfaction et de ce fait diminue l'activité et la virulence des microbes.

Observation I. — *Blennorragie aiguë.*

Jeune fille, 21 ans, atteinte depuis huit jours de blennorragie, s'accompagnant de brûlures à la miction et de vaginite, se présente à la consultation.

Nous lui faisons faire chaque jour trois injections vaginales avec deux litres d'eau bouillie tiède dans lesquels nous lui faisons mettre deux cuillerées à soupe de Gyraldose.

Les deux premiers jours, les sensations de brûlures à la miction ont tendance à s'atténuer, les pertes glaireuses sont moins abondantes. A l'examen microscopique, les cellules de pus deviennent moins nombreuses et nous constatons également une légère diminution des gonocoques. Nous faisons continuer les injections avec les mêmes doses pendant huit jours encore. Nous revoyons la malade après ce laps de temps : elle est satisfaite, ne se sent plus de brûlures en urinant, les pertes blanches sont insignifiantes.

Observation II. — *Vulvo-vaginite aiguë*

Mme D..., 23 ans, vient nous trouver cinq jours après des rapports suspects.

Nous constatons un écoulement abondant, qui a envahi toute la vulve, le canal et le début du vagin. La malade éprouve une sensation de gêne, de tension, de brûlure et a de la difficulté à marcher.

Nous soumettons cette jeune malade au traitement suivant :

Trois injections avec eau bouillante et Gyraldose à la dose de trois cuillerées à soupe pour 10 litres d'eau. La tension de la vulve diminue rapidement.

L'écoulement tarit en quelques jours.

Observation III. — *Vulvo-vaginite infantile.*

Les résultats furent très favorables dans un cas de vulvo-vaginite infantile.

Nous faisons employer la Gyraldose en lavage à la dose de une cuillerée à café pour deux litres d'eau et trois fois par jour. Après une quinzaine de jours de traitement, l'amélioration constatée au début persistait d'une façon définitive.

Nous fûmes donc très satisfait de l'emploi de la Gyraldose dans les blennorragies et vulvo-vaginites. Il en fut de même dans les cas

de métrite et d'endo-métrite cervicale que nous eûmes à traiter avec cette médication. Nous pouvons même dire que c'est le médicament de choix contre ces affections si tenaces et si négligées. La leucorrhée ou pertes blanches, dans la vaginite, les cervicites, la métrite, l'ovarite, les fibromes ne résistent pas à la Gyraldose grâce à ses composants chimiques, très judicieusement assortis, comme antiseptiques et toniques des muqueuses.

Nombreuses sont nos observations, une centaine, mais de toutes nous n'en retiendrons que quelques types.

Observation IV
Leucorrhée avec cervicite.

Jeune femme de 27 ans, présentant de la leucorrhée depuis cinq à six ans, avec ulcération du col utérin, le pus est très abondant dans la région du vagin et les culs de sacs.

Nous prescrivons la Gyraldose à la dose de deux cuillerées à soupe pour deux litres d'eau tiède et deux injections par jour. Le résultat ne se fit pas attendre longtemps, car au bout du troisième jour de traitement nous revîmes la jeune femme qui ne présentait plus que quelques pertes blanches le matin.

Au spéculum, nous constations que l'ulcération du col avait tendance à régresser.

On continua les injections et au bout de trois semaines de ce traitement, la leucorrhée avait disparu complètement, l'ulcération du col utérin était cautérisée.

Observation V. — *Métrite blennorragique, Leucorrhée abondante.*

Jeune femme de 19 ans, primipare, enceinte de sept mois. Elle présente, lorsque nous la voyons, une métrite purulente à gonocoques avec cystite aiguë.

Nous ordonnons la Gyraldose en injections vaginales.

Le résultat fut très bon et les troubles qu'elle présentait s'amendèrent très rapidement.

Observation VI
Métrite avec salpingite droite. — Leucorrhée.

Jeune femme, mariée depuis six mois, se présente à notre consultation, se plaignant de douleurs dans le bas-ventre, avec point douloureux du côté droit, sensations de pesanteur et de brûlures à la vulve avec pertes vertes, de temps en temps sanguinolentes.

Nous portons le diagnostic de salpingite avec métrite concomitante et nous ordonnons la Gyraldose en injections. L'amélioration se produisit au dixième jour seulement ; actuellement la malade se porte bien, avec cependant quelques pertes blanches tous les quatre ou cinq jours.

Observation VII
Leucorrhée, Métrorragies, Prurit vulgaire.

Jeune femme, 21 ans, mariée depuis quatre ans, un enfant, se présente à notre consultation, se plaignant de métrorragies. Nous lui conseillons des injections très chaudes avec de la Gyraldose afin de décongestionner la matrice. Nous revoyons cette personne un mois après avoir suivi d'une façon très sérieuse ce traitement à raison de deux injections vaginales quotidiennes.

Le prurit vulvaire a disparu complètement, les pertes blanches sont moins abondantes et ne tachent plus le linge. Son état général est plus satisfaisant, les règles sont devenues plus régulières.

Observation VIII
Leucorrhée s'accompagnant de prurit vulvaire empêchant le sommeil.

Femme de 35 ans, présentant depuis un an à un an et demi des pertes blanches très abondantes ayant occasionné du prurit vulvaire qui souvent l'empêche de reposer la nuit. Nous lui ordonnons des bains vaginaux et des injections à 40° avec la Gyraldose, deux à trois fois par jour. Après quelques jours de traitement, le sommeil reparaît, les pertes sont moins fortes. Au bout d'un mois, les manifestations prurigineuses et la leucorrhée ont complètement disparu.

Observation IX
Flueurs blanches chez la jeune fille.

Jeune fille de 15 ans se présente à la consultation et se plaint de flueurs blanches avec troubles gastriques, réglée depuis un an environ. Nous conseillons du Globéol à l'intérieur et des lotions locales tièdes de Gyraldose. Amélioration notable au bout de quinze jours, actuellement les flueurs blanches ont complètement disparu.

Observation X
Flueurs blanches chez la jeune fille.

Jeune fille de 21 ans, non réglée, se présente à notre cabinet, avec des flueurs blanches très abondantes. Nous ordonnons des lotions tièdes de Gyraldose, 2 à 3 fois par jour ; les flueurs cédent après quelques jours de traitement.

Observation XI
Cancer de la matrice avec hémorragie.

Femme de 56 ans, se présente atteinte d'un cancer de la matrice, large ulcération, hémorragies et écoulements sanguinolents. Nous lui conseillons, comme bains hygiéniques des injections tièdes de Gyraldose trois fois par jour. Nous revoyons la malade huit jours après, les écoulements ont presque disparu. La malade éprouve, dit-elle, un véritable soulagement après chaque injection vaginale.

Nous croyons même que l'on devra obtenir de très bons résultats en utilisant la Gyraldose en lavage des plaques muqueuses syphilitiques vulvaires, si nous nous en rapportons aux deux observations que nous avons faites.

Observations XII. — *Plaques muqueuses syphilitiques vulvaires, leucorrhée.*

Jeune femme de 25 ans ayant eu, il y a deux mois, un chancre de la fourchette, se présente à notre consultation avec des plaques muqueuses vulvaires très nombreuses et une leucorrhée abondante et fétide. Nous instituons le traitement mercuriel et nous conseillons des lotions avec de la Gyraldose ainsi que des injections vaginales bi-quotidiennes. Chaque jour, nous lotionnons légèrement les plaques muqueuses avec de la Gyraldose. Au bout de huit jours, les plaques muqueuses ont presque totalement disparu et nous avons remarqué qu'elles régressaient très rapidement, grâce à l'emploi de la Gyraldose.

Observation XIII. — *Plaques muqueuses syphilitiques vulvaires.*

Jeune femme de 23 ans, atteinte de syphilis avec plaques muqueuses vulvaires. Gyraldose en lotion et traitement mercuriel. En 12 jours, les plaques muqueuses ont complètement disparu.

Nous continuons actuellement nos observations, relativement à l'efficacité de la Gyraldose dans la cicatrisation plus rapide des affections secondaires syphilitiques.

Un ménage se présente à mon cabinet porteurs, l'homme et la femme, d'ulcérations herpétiques récidivantes avec un très léger prurit. Nous avons pensé d'essayer dans ce cas les bons effets que la Gyraldose nous avait donnés depuis l'époque où nous l'employons d'une façon courante.

Nous ordonnons à cet effet des lavages avec la solution ordinaire de Gyraldose, c'est-à-dire une cuillerée à soupe dans un litre d'eau bouillante. Après quelques jours de traitement, nous revoyons nos clients qui sont très satisfaits de la médication que nous leur avons prescrite. Les ulcérations herpétiques ont presque disparu. On continue le traitement local; au bout de quinze jours la guérison était obtenue. Depuis un mois, il n'y a pas eu de récidive. Nous croyons donc utile de signaler ce bon effet de la Gyraldose dans ces deux cas d'Herpès génital.

Nous sommes donc amené à dire que la Gyraldose est un produit bactéricide antiseptique qui tonifie les muqueuses.

Nous le conseillons donc à toutes les femmes comme antiseptique et préventif. Au lieu de se servir de sublimé qui est toujours nocif, ou d'acide borique, produit inactif, nous leur prescrivons la Gyraldose, estimant que ce produit, grâce à ses propriétés, rendra de réels services dans l'hygiène intime de la femme.

Il est enfin un cas tout spécial sur lequel nous tenons à insister : c'est la propriété qu'a la Gyraldose d'être un calmant et un désinfectant.

Observation XIV

Mme X..., 42 ans, bonne santé habituelle, sauf un état de nervosisme assez marqué ; il y a 6 mois, elle éprouva du prurit vulvaire qui s'accentua rapidement et gagna le périné et l'anus. Au moment où nous la vîmes, ce prurit s'accompagnait d'eczéma lichenoïde de la région anale et du périné, et légère leucorrhée.

Nous conseillons des bains de siège avec la Gyraldose, à la dose de une cuillerée à café par litre d'eau tiède et, trois fois par jour, injection vaginale de deux litres à la même dose.

Après le premier bain le prurit s'atténue, les démangeaisons sont ensuite de moins en moins fortes, l'eczéma disparaît progressivement. Il y a cessation des démangeaisons pendant un laps de temps plus ou moins long, après chaque injection ou bain ; enfin, au bout d'un mois de traitement, la guérison fut complète.

Nous-mêmes, en tant qu'hygiéniste, nous constatons avec un sensible plaisir que la découverte de M. Duménil, lorsqu'on aura appris aux femmes à employer ce produit, sera une arme très précieuse, tant pour l'hygiène préventive que pour l'hygiène curative des nombreuses affections pour lesquelles elles payent un large tribut. Nous avons, dans ce mémoire, jeté un coup d'œil d'ensemble sur ce produit, sans approfondir les propriétés toutes spéciales des trois corps dont se compose la Gyraldose, ni pénétrer en détail dans tous les cas pour lesquels elle doit être indiquée ; nous avons tenu uniquement à montrer les heureux résultats qui nous furent donnés par ce médicament.

Il est bien entendu que nous la recommandons à toute femme et toute jeune fille soucieuse de sa santé et qui peut utilement en user pour sa toilette intime et journalière.

La Gyraldose n'est pas irritante, au contraire, elle est astringente, calmante et son odeur de thym fait qu'on l'utilise avec plaisir.

En résumé, nos conclusions basées sur les nombreuses observations qu'il nous a été permis de faire avec la Gyraldose, font que nous conseillons toujours son emploi dans les nombreuses affections de la femme, tout spécialement dans la leucorrhée, le prurit vulvaire, l'urétrite, la métrite, la salpingite et dans toutes les circonstances où le médecin voudra faire l'asepsie des parties vaginales et en modifier les écoulements, se rappelant l'adage bien connu :

« La santé générale de la femme est faite de son hygiène intime ».

REVUE CLINIQUE

Un cas de Pelade dentaire

Par MM. les Docteurs FERRIER et SCHMELTZ

Marie S..., 29 ans, s'est présentée à la consultation dentaire de M. Ferrier, à l'Hôtel-Dieu, le 25 mai 1912, avec une bouche en fort mauvais état.

Au moment de l'examiner, on s'aperçut qu'elle portait de nombreuses plaques de pelade. Elle déclara, bien que sa santé fût généralement bonne, qu'elle souffrait presque quotidiennement de migraine localisée principalement aux deux bosses frontales et dans la région occipitale gauche; particulièrement dans cette région elle accuse une sensibilité presque douloureuse à la pression et quand elle pose la tête sur l'oreiller de ce côté. Cette sensibilité daterait de l'époque où les cheveux auraient commencé à tomber.

En février dernier, la malade a remarqué qu'elle avait de petits boutons sur la tête et de fortes démangeaisons. Durée trois semaines environ et correspondant au début de la chute des cheveux. Après la disparition de cette manifestation, la chute est devenue plus abondante.

Plaques peladiques. — Vers fin février dernier, la malade s'aperçut que ses cheveux tombaient beaucoup plus que de coutume. Chute généralisée dans le courant de mai sans aucune intervention. La malade constate des plaques entièrement privées de cheveux. — Une d'elle siège à la tempe droite : Largeur d'une pièce de cinq francs (la chute continue et la plaque s'élargit, dit la malade), — 2° au centre du pariétal gauche, se trouve une plaque de la largeur d'une pièce de deux franes. — 3° dans la région occipitale gauche, emp. étant largement sur la ligne médiane, une plaque de la largeur de 2 pièces de cinq francs. — Toutes ces régions sont sensibles au peigne.

Etat de la bouche :

8 7 6 5 4 3 2 1 D.	G. 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 x x x x d.	g. x x x x 5 6 7 8

En ce moment, les dents qui restent sont réduites à l'état de racines, sans périostite aiguë, sans douleurs maxillaires appréciables par la malade, sauf un peu de sensibilité en bas à gauche dans la région molaire parmi les dents encore en place, bien que notées comme perdues, can. g. — inc. latér, sup. g. l'une, la canine, a encore sa pulpe; G², sans aucune réaction, ni aux instruments, ni à la thermie.

Traitement. — Extraction de toutes les racines. Mise en état des dents traitables.

6 *juin*. — La repousse se fait sur toutes les plaques.

Ce qu'il y eut de particulier dans ce cas, ce fut qu'on ne trouva aucune pulpe en évolution de pulpite et que cette pelade sembla due uniquement à l'infection des alvéoles et à l'irritation causée par cette infection.

REVUE DE PATHOLOGIE

Urines hémolytiques après absorption de cryogénine et pyramidon

Par M. le Docteur J. VERGELY

Il arrive souvent, avec les médicaments nouveaux, que certaines idiosyncrasies se révèlent que rien ne permettait de faire prévoir. Nous estimons que ces cas sont utiles à rapporter, car ils peuvent être un enseignement pour tout le monde.

Nous avons eu l'an dernier l'occasion de rapporter un cas d'hémolyse dû à l'absorption de 40 centigrammes environ d'aspirine chez une jeune fille de quatorze ans. Nous venons encore aujourd'hui rapporter un fait semblable et attribuable au même sujet.

Cette jeune malade ayant été atteinte de courbature grippale avec un peu de fièvre, sa mère crut pouvoir lui administrer un cachet composé de pyramidon (10 centigrammes), cryogénine (15 centigrammes), cachets qui avaient été précédemment prescrits pour un frère de la malade et dont celui-ci s'était très bien trouvé. Cette jeune fille prit un cachet ainsi composé à huit heures du soir, le mercredi et un autre à sept heures le lendemain matin. L'état général fut amélioré et quand je la vis, à dix heures du matin, elle était en bon état ; puis, vers midi, elle émit environ 150 centimètres cubes d'urine. Cette urine a la coloration café trouble qui caractérise toutes ces urines hémolytiques. Elle contient de l'albumine en forte proportion. Comme toujours en pareil cas la première émission a été la plus foncée. Les émissions suivantes ont été de plus en plus claires et, peu à peu, sans autre trouble subséquent tout est rentré dans l'ordre.

Il m'a paru intéressant de signaler cette susceptibilité particulière aux médicaments antithermiques couramment employés aujourd'hui.

Pour expliquer cette sensibilité du globule sanguin faut-il voir une communauté d'action due à l'identité des agents chimiques en jeu ? Nous ne le pensons pas, car si l'aspirine est de l'acide acétylsalicylique, la cryogénine est du métabenzamidosémicarbazide et le pyramidon du diméthylamidophényldiméthylpirazolone. Il y a donc lieu d'invoquer simplement, selon nous, une fragilité globulaire particulière limitée au seul sujet en question et non pas familiale, car le père, la mère et trois frères et sœurs de la malade peuvent user de ces médicaments sans inconvénient.

Il y a là, croyons-nous, un fait clinique digne d'être signalé (1).

(1) Soc. de medec. et de chir. de Bordeaux.

REVUE DE CHIRURGIE

L'emploi de l'éther dans les infections péritonéales

Par M. le Dr MORESTIN

J'ai fait entrer l'éther dans ma pratique comme topique péritonéal ; en 1901, il m'est même facile d'en préciser exactement la date (le 1er septembre 1901) : il s'agissait d'une malade à laquelle j'avais pratiqué l'entéro-anastomose avec exclusion pour un cancer du cæcum dont je fis plus tard l'extirpation.

L'opération ayant été forcément un peu longue, craignant quelque souillure de la séreuse, j'en fis la toilette avec des tampons imbibés d'éther. Les suites de l'opération furent d'une simplicité parfaite.

A dater de ce moment, j'ai pris l'habitude de nettoyer avec de l'éther toutes les surfaces péritonéales susceptibles d'être contaminées dans les opérations un peu importantes et surtout dans les opérations septiques.

Peu à peu, au lieu de me borner à de simples attouchements avec de l'éther, je me suis mis à employer cette substance dans une proportion beaucoup plus abondante.

L'éther est utilisé dans ma pratique, tantôt pour remédier à des infections péritonéales déclarées et diffuses, tantôt pour prévenir la diffusion au péritoine d'une infection locale, tantôt pour lutter contre les petites infections qui pourraient résulter de manipulations longues et difficiles.

Dans les cas de la première catégorie, péritonites diffuses ou généralisées, résultant d'appendicites gangréneuses, de perforations stomacales ou duodénales, il est clair que l'introduction d'une substance quelconque dans la cavité péritonéale ne peut jouer qu'un rôle secondaire et que la règle fondamentale doit être la suppression de la source infectante, ablation de l'appendice, fermeture de la perforation ; il est clair aussi que la pronostic est lié principalement au moment de l'intervention et qu'un retard apporté à celle-ci rendrait complètement illusoires toutes les additions thérapeutiques que l'on voudrait faire à l'acte chirurgical proprement dit : ces réserves faites, il m'a paru indéniable que l'emploi de l'éther constituait une ressource infiniment précieuse dans ces cas détestables.

Quant aux opérations préméditées, comme, par exemple, pour des appendicites avec foyer suppuré circonscrit, on des pyosalpinx, on des extirpations de cancer de l'intestin, il m'a semblé que nous disposions d'un moyen véritablement très puissant pour prévenir les complications septiques.

Aussi allons-nous maintenant préciser ce que nous entendons par l'emploi de l'éther dans les laparotomies.

Quand il s'agit d'une péritonite diffuse, la laparotomie est pratiquée et, coûte que coûte, nons nous proposons d'en découvrir et supprimer le point de départ. Puis, nous nous efforçons de donner le plus complètement possible issue an liquide louche ou au pus qui peut contenir la cavité du péritoine.

Les anses intestinales qui se montrent dans l'aire de la plaie, celles qui avoisinent le foyer originel, sont lavées abondamment avec l'éther que l'on fait tomber d'un flacon muni d'un long tube ; enfin, l'éther est versé libéralement dans la cavité péritonéale, où j'en laisse pénétrer de 50 à 100 centimètres cubes. Après quoi la plaie est refermée, avec on sans drainage.

Dans le cas de foyer septique circonscrit, et tout particulièrement dans le cas de pyosalpinx, je prends naturellement toutes les précautions nécessaires pour éviter d'inoculer les parties saines du péritoine. Mais si par hasard les trompes crèvent, si du pus vient souiller la séreuse, je n'y attache pas une importance trop grande.

L'opération terminée, m'étant bien assuré qu'il ne persiste ni caillot, ni liquide septique, le péritoine étant bien asséché, je fais verser dans la cavité une notable quantité d'éther en ayant soin d'asperger, de noyer dans l'éther toutes les parties du péritoine qui ont pu être exposées à une contamination quelconque. Sans autre précaution, je pratique au bont de quelques instants la suture hermétique du péritoine, sauf le cas où un suintement hémorragique contraint de laisser un tube et des mèches à demeure.

Dans la très grande majorité des cas de laparotomie pour pyosalpinx, même très difficiles et très complexes, je pratique aussi la réunion immédiate complète, en laissant ainsi, emprisonné dans l'abdomen, 20, 30, 40, ou 50 grammes d'éther.

Dès que celui-ci est versé dans l'abdomen, on le voit entrer en ébullition et par la plaie abdominale on voit s'échapper une sorte de buée.

Au contact de l'éther ou de ses vapeurs, on voit l'intestin qui rosit légèrement. L'abdomen refermé, l'éther continue évidemment à se vaporiser. Qnand la suture est terminée, en percutant l'abdomen, on perçoit une sonorité qui indique que le péritoine est rempli et distendu par l'éther à l'état de vapeur.

Souvent même la paroi abdominale est soulevée, globuleuse et comme météorisée. Ces phénomènes ne peuvent se produire évidemment quand une partie quelconque de la plaie est restée ouverte, quand on a laissé un tube de drainage comme je le fais encore dans quelques péritonites généralisées.

Ainsi, il ne s'agit plus de simples attouchements, ni même de nettoyages avec une faible quantité d'éther des surfaces péritonéales les plus susceptible d'être contaminées, mais de l'introduction dans le ventre, d'une quantité relativement considérable d'éther, et de son emprisonnement dans la séreuse, où il se volatilise presque immédiatement.

Les vapeurs d'éther se trouvent donc en général sous tension dans l'intérieur de la séreuse et très certainement se répandent dans tous les recoins de la cavité péritonéale jusqu'au diaphragme. L'estomac, l'intestin sont baignés dans les vapeurs d'éther et pendant quelque temps, tout au moins, se meuvent dans un milieu gazeux. Il est impossible que, dans de telles conditions, l'éther n'ait une puissante action sur toute l'étendue de la séreuse, sur les organes qu'elle revêt et même l'organisme tout entier.

Parmi les phénomènes qu'il est aisé de percevoir dans un cas typique, comme par exemple celui d'une hystérectomie pour salpingite suppurée bilatérale, nous pouvons citer les suivants : d'abord, aussitôt réalisée l'inondation éthérée du péritoine, si l'anesthésie n'est pas complète, elle le devient très rapidement et l'opération s'achève dans un calme profond. Parfois, la respiration se ralentit, le visage prend une teinte légèrement bleuâtre ou mauve ; on est presque inquiet de l'extrême tranquillité du sujet : on peut cesser définitivement les inhalations anesthésiques : le péritoine du sujet est devenu un véritable appareil à éthérisation.

Le réveil est très lent ou tout au moins incomplet. Le malade vit parfois pendant plusieurs heures dans une sorte de demi-sommeil, de torpeur, de repos complet. Il est très rare d'observer de l'agitation dans les heures qui suivent, d'entendre le malade se plaindre : sa tranquillité est extraordinaire. La plupart de ces opérés restent ainsi pendant toute la journée qui suit l'opération et, pour la plupart, il n'est aucun besoin de pratiquer des piqûres de morphine. Il nous a semblé que les vomissements étaient eux-mêmes beaucoup plus rares. Un nombre considérable de nos opérés n'en ont jamais eu. Il en est même à qui toute nausée a été épargnée.

On est surpris de constater combien le pouls reste régulier, calme et bien tendu ; surpris aussi de la bénignité habituelle des suites et de la régularité de la guérison.

Naturellement, dans les cas d'infection péritonéale diffuse déjà réalisée, on ne peut espérer rien de semblable. Mais, néanmoins, il nous a toujours paru que le résultat était loin d'être négligeable et, dans des circonstances déjà nombreuses, nous avons vu se terminer heureusement des cas qui pouvaient paraître aussi détestables que possible.

L'action de l'éther, employé à doses massives dans le péritoine, est forcément très complexe et il y a encore là bien des données qui nous échappent.

Nous en pouvons toutefois discerner certains éléments : ce que nous avons dit plus haut au sujet des phénomènes observés chez les opérés montre tout d'abord que l'éther répandu dans le ventre agit comme anesthésique général et comme anesthésique local et que ses effets anesthésiques se poursuivent pendant plusieurs heures. Il est indéniable aussi que cet éther s'élimine graduellement et qu'il est parfaitement toléré par l'organisme : à preuve l'absence complète de tout accident, et, en particulier, de toute complication pulmonaire. D'autre part, il agit comme tonique du système nerveux et du cœur. Mais, de plus, son action sur le péritoine est certaine ; c'est un antiseptique que son caractère volatil rend d'une efficacité merveilleuse, en lui permettant de s'insinuer dans toutes les anfractuosités de la séreuse, de baigner celle-ci de ses vapeurs, de l'imprégner et d'agir d'une façon certaine sur les microorganismes. Il est probable, en outre, que les vapeurs d'éther provoquent des modifications circulatoires, que la légère irritation du péritoine amène une sorte de processus de défense dans toute l'étendue de la séreuse.

A ce propos, on peut se demander si l'éther ne provoque pas des réactions péritonéales assez vives pour entraîner la formation de fausses membranes et d'adhérences qui pourraient être plus tard préjudiciables. Nous n'avons rien vu qui puisse autoriser semblable supposition ; il nous paraît tout à fait improbable que l'inondation éthérée du péritoine puisse rien occasionner de semblable, tant, pendant les jours qui suivent l'opération, le ventre reste indolent, souple, exempt de défense, et cela s'explique fort bien ; étant donné le caractère transitoire de l'action des vapeurs d'éther et aussi leur extrême diffusion et enfin l'état gazeux du médicament, qui exclut toute l'action localisée en un point précis.

Peu importent, d'ailleurs, les explications et les considérations théoriques que l'on peut émettre sur ce sujet : ce qui ne paraît pas contestable, c'est le bien-être des opérés, la simplicité des suites opératoires, l'amélioration énorme du pronostic des infections péritonéales.

Le temps n'est déjà plus où l'on pouvait parler avec dédain de l'emploi des antiseptiques. Dans la chirurgie des lésions infectieuses, leur utilité n'est plus discutable. Pour le péritoine, dont les infections ne sont que trop fréquentes, l'emploi des substances antiseptiques est encore plus indiqué qu'ailleurs ; seulement, le choix d'un antiseptique approprié aux conditions particulières où se trouve la séreuse abdominale est un peu délicat : nous n'hésitons pas, après une pratique déjà longue de l'éther, à déclarer qu'il nous paraît être, dans l'état actuel des choses, le meilleur agent antiseptique du péritoine, le plus maniable, le moins nocif, et que, antiseptique idéal parce que puissant, non toxique et gazeux, il possède, par surcroît, d'admirables propriétés toniques et anesthésiques (1).

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

La thérapeutique de l'avortement

M. H. Roulland envisage trois cas :

1° L'œuf est ouvert et rien n'a été expulsé ;

2° Le premier temps de l'avortement est fait ; le placenta ou des membranes sont retenus dans la cavité utérine ;

3° Un œuf a été expulsé, on ignore s'il l'a été complètement ; la malade a de la fièvre depuis plusieurs jours.

Dans le premier cas, il faut intervenir, même s'il n'y a pas de signes d'infection. Deux moyens sont à notre disposition : le ballon de Champetier de Ribes et l'avortement brusqué (dilatation du col aux bougies de Hégar, ablation par morcellement à la pince à faux germes, curettage). Le ballon de Champetier de Ribes répond surtout aux grossesses ayant dépassé trois mois et lorsque les signes d'infection sont nuls ou minimes.

Dans le deuxième cas, ayant la certitude qu'il reste quelque chose dans l'utérus, il faut agir, même lorsque les phénomènes infectieux ont commencé. Là encore il faut agir le plus vite possible en pratiquant un curettage.

Dans le troisième cas, il faudra se montrer plus circonspect ; on a souvent affaire à des avortements datant de plusieurs jours ; on se laissera guider par l'intensité des phénomènes infectieux et l'état du col utérin. S'il est entr'ouvert, c'est un signe de rétention. On aura, dans des cas bien choisis, un réel avantage à faire un curettage prudent. Le toucher intra-utérin, quand il sera possible donnera souvent d'utiles renseignements.

Telle est la technique suivie par l'auteur dans le service d'isolement de la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Doléris. Il apporte les résultats obtenus pendant ces quatre dernières années. Sur un total de 594 avortements, on est intervenu dans 503 cas. Il y eut un chiffre global de 28 décès, ce qui donne 4,7 0/0. Sur ces cas de mort, 9 femmes moururent quelques heures après leur entrée dans le service où elles étaient arrivées agonisantes. On ne saurait compter ces cas comme échec d'une méthode qui ne peut leur être appliquée. Ces cas déduits, on arrive à un chiffre de 3,03 0/0 de morts sur 594 cas. Les malades soignées dans nos maternités le sont généralement pour avortements provoqués ; elles se sont parfois intoxiquées par des substances dites abortives et la question de terrain joue, dans ces infections, un rôle capital.

L'auteur insiste sur la nécessité de faire un nettoyage complet de la cavité utérine, comme on le ferait d'une plaie infectée ; ablation des gros débris adhérents à la pince à faux germes. Curettage à la curette évidée et tranchante (modèle Doléris); écouvillonnage avec écouvillon imbibé de glycérine créosotée à 1,10 ; lavage intra-utérin avec liquide antiseptique suivi d'une irrigation de 300 grammes d'alcool à 90°. Enfin, on met une mèche de gaze imbibée de glycérine créosotée, qui restera quarante-huit heures. L'auteur a abandonné les lavages intra-utérins les jours qui suivent le curettage ; ils sont parfois la cause de complications péri-utérines.

L'auteur a, sur 594 cas, constaté 15 annexites sérieuses ; dans 8 cas on n'avait pas fait de curettage. Il a constaté 3 cas de phlébites des membres inférieurs. Il insiste sur la fréquence des complications pulmonaires et des petites embolies ; dix fois seulement il a constaté des lésions pulmonaires graves.

A ce traitement local, appliqué de manière précoce, il faut ajouter, dans les cas graves, le traitement général ; l'auteur préconise surtout l'abcès de fixation associé ou non au sérum antistreptococcique, le sérum de cheval, le sérum glycosé à la manière de Murphy, l'huile camphrée, etc.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

La Gymnastique respiratoire dans le Traitement rationnel de la Constipation habituelle

Depuis quelques années, la kinésithérapie a pris une place importante dans le traitement de la constipation habituelle. Il ne saurait en être autrement puisqu'il est logique de remédier à l'impotence des muscles de la cavité abdominale, impotence que la clinique nous montre accompagner presque toujours cette affection.

Parmi ces muscles, le diaphragme est un des principaux, bien qu'on le considère surtout comme un muscle respiratoire et que l'on ne mette pas en valeur son rôle abdominal. Ses mouvements, synergiquement du reste avec ceux de la paroi antéro-latérale de l'abdomen, agissent non seulement sur la masse viscérale en provoquant des glissements des anses intestinales les unes sur les autres, mais aussi sur les gaz de l'intestin. Les contractions des parois musculo-aponévrotiques de l'abdomen soumettent les gaz intestinaux à des compressions et à des dépressions successives et les forcent ainsi à cheminer le long du tractus intestinal de façon

(1) Soc. de chirurgie.

à s'y répandre d'une façon régulière. Cette circulation gazeuse réveille et entretient le péristaltisme intestinal.

Dans la défécation, l'intégrité fonctionnelle diaphragmatique est encore plus nécessaire ; il est inutile d'y insister car le rôle du diaphragme est mieux connu et mieux étudié.

Si l'on peut, soit par des procédés chirurgicaux dans certains cas, soit par des procédés prothétiques, remédier à l'insuffisance de la tonicité de la paroi antéro-latérale de l'abdomen, nous n'avons à notre disposition que la *gymnastique respiratoire pour lutter contre l'insuffisance diaphragmatique.*

La gymnastique respiratoire devra donc tenir une place importante dans la kinésithérapie de la constipation habituelle.

Les séances devront avoir lieu avant le moment choisi par le patient pour se présenter à la selle. Rien n'est plus utile pour réveiller le besoin de la défécation que les mouvements respiratoires poussés au maximum, entrecoupés de mouvements d'effort et de la manœuvre de Chilaiditi. Cet auteur, du reste, ainsi qu'Aubourg et Rosenthal, recommande particulièrement la gymnastique respiratoire dans le traitement de la constipation habituelle.

Il est à noter, du reste, que celle-ci ne cède pas toujours aux pratiques de la gymnastique respiratoire, pour excellentes qu'elles soient, cependant. Dans ces cas, on se trouvera toujours bien de combiner aux manœuvres kinésithérapiques une cure intense par le Jubol qui, en raison de sa composition (agar-agar, extraits biliaires et extraits totaux des glandes intestinales) est particulièrement apte à réveiller la fonction de l'intestin, grâce à la double action qu'il détermine, mécanique et opothérapique.

Traitement des Érythèmes et des Purpuras infectieux

Par M. le Docteur GOUGEROT

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris

Au point de vue thérapeutique, il faut distinguer trois cas : *a*) l'érythème bénin ; *b*) l'érythème grave ; *c*) le purpura.

I. *Érythèmes bénins.* — Le repos dans la position couchée est indispensable ; le seul effet de la pesanteur tend à exagérer on à faire revenir l'éruption des membres inférieurs.

En raison des troubles digestifs, le repos de l'estomac, de l'intestin, etc. s'impose : régime alimentaire dont le lait et les œufs feront tous les frais, boissons alcalines et particulièrement l'eau de Vichy.

Il sera utile de faire prendre parfois des antiseptiques faibles : benzoate ou salicylate de soude, à raison de 2 à 3 grammes par jour.

Les purgatifs cholalogues favoriseront le bon fonctionnement de la glande hépatique. Quatre ou cinq paquets de 0 gr. 05 de calomel le premier jour et un paquet de 0 gr. 10 les jours suivants.

Le traitement local des lésions d'érythème se bornera, lors de dermatose sèche, à l'application de poudres de talc, d'oxyde de zinc et d'amidon, mélangées à parties égales. Une éruption vésiculeuse sera traitée par une pâte composée, par exemple de : talc, oxyde de zinc, huile d'amandes douces, à parties égales.

En cas de prurit, adjoindre aux pâtes précitées le camphre à raison de 2 p. 100.

Les grosses bulles seront percées avec une aiguille préalablement flambée, puis recouvertes de liniment oléo-calcaire avec enveloppement ouaté suivant la méthode d'Hillairet.

L'érythème s'accompagne-t-il d'arthropathies douloureuses, se méfier des applications péri articulaires susceptibles de déterminer une localisation de l'encéphale.

. . . .

II. *Erythème associé à une infection grave.* — La thérapeutique devra avant tout s'inspirer de la maladie générale dont la dermatose n'est qu'un des symptômes : repos au lit, régime lacté, calomel, diurétiques, injections sous-cutanées de sérum salé ou physiologique, injections intraveineuses d'argent colloïdal à la dose de 10 à 20 centimètres cubes.

Le traitement local sera le même que pour les érythèmes bénins.

A propos de la variole et de la varicelle, j'insisterai sur trois points :

1° Les manifestations vésiculeuses, les lésions cutanées de la variole, notamment, se trouveront bien de l'usage de lumière rouge, qui, pour des raisons encore assez mal définies, diminue la durée de l'éruption ;

2° De même que dans la variole, j'ai utilisé dans la varicelle avec de réels avantages le xylol, ingéré à la dose de XXX gouttes par jour ; ce qui, dans les vingt-quatre heures, représente C à CL gouttes de ce produit, au surplus nullement dangereux ;

3° Les attouchements à la teinture d'iode de chaque vésicule, répétés deux fois par jour, semblent parfois faire avorter l'éruption et prévenir souvent la phase de pustulisation.

. . . .

III. *Purpuras.* — Les purpuras infectieux se réclament, tout comme les érythèmes, de la même thérapeutique par la diète lactée, les cholagogues, les diurétiques et les injections d'argent colloïdal, etc.

Ils commandent une indication spéciale : la médication hémostatique. La plus simple consiste en l'ingestion de 2, 3, 4, 5 grammes par jour de chlorure de calcium dans un julep, associé ou non à une petite dose de gélatine.

M. Gaucher recommande des préparations au ratanhia : faire bouillir 20 grammes d'extrait de ratanhia dans 200 grammes d'eau ; passer et ajouter 10 grammes d'eau de Rabel et 50 grammes de sirop de ratanhia.

L'ergotine sera donnée soit par la voie buccale soit de préférence par la voie sous-cutanée. Le sérum frais de cheval, par exemple, peut réussir dans quelques cas.

Enfin, dans des cas particulièrement graves, faire appel à l'adrénaline, qui à ses propriétés hémostatiques en joint d'anti-infectieuses. On la prescrit à la dose de 1 milligramme, qui correspond à 1 centimètre cube de la solution à 1/1000e.

REVUE DU LABORATOIRE

Nouvelle réaction chimique du sang

Le principe de la nouvelle réaction indiquée par M. le Dr R. Bacchi en est le suivant : si à une solution aqueuse diluée de bleu d'alizarine S (de couleur jaune acajou) on ajoute du sang et de l'eau oxygénée, la solution devient bleue.

On agit ainsi : dans une petite éprouvette de 2 cmc on verse de la solution de bleu d'alizarine S, diluée à teinte jaune acajou, on ajoute moitié d'eau oxygénée à 3 0/0 ; on agite puis on verse lentement le long des parois de l'éprouvette le liquide à examiner. Si ce dernier contient du sang, dans les parties les plus élevées du liquide (secouer un peu l'éprouvette) on voit apparaître rapidement une teinte bleue intense.

La réaction est sensible avec le sang dilué à 1/20.000, également avec du sang datant de plusieurs années, pourvu qu'il soit soluble dans l'eau. Cependant l'hématine pure ou l'hématoporphyrine obtenue de l'hématine par le procédé de l'acide sulfurique, bien qu'insolubles dans l'eau, donnent la réaction pour peu qu'on en fasse une solution même faible dans de l'alcool acidulé par HCL : la réaction apparaît seulement plus lentement. De même les croûtes sanguines soumises à 150-175° C. pendant 30 minutes, puis extraites par l'alcool chlorhydrique donnent la réaction.

L'auteur n'a pas eu la réaction avec les substances suivantes : blanc et jaune d'œuf, salive, mucus nasal, lait de femme et de vache, pus, urine, fèces, sérum sanguin, sperme, sucs de légumes).

Le lait de femme, le sérum et l'ovalbumine, et d'autres liquides organiques à réaction alcaline font virer la solution en verdâtre puis lentement en bleu *indépendamment de l'adjonction d'eau oxygénée.* Le lait de vache ne produit pas ce fait d'où la réaction du bleu d'alizarine pourrait différencier ces deux faits comme l'a montré l'auteur. Les chromates et bichromates donnent une couleur violet améthyste devenant ensuite lentement bleue, mais encore faut-il que ces sels soient à l'état d'assez forte concentration : de même le perchlorure de fer.

L'auteur considère cette réaction comme ayant une sensibilité et une valeur de tout premier ordre pour déceler le sang.

CARNET DU PRATICIEN

Traitement de la leucorrhée des jeunes filles

I. — *Traitement local :*

1° *Bains de siège* astringents biquotidiens, à l'eau de feuilles de noyer (50 grammes de feuilles pour un litre d'eau) ;

2° *Lavages externes* astringents quotidiens ou biquotidiens, avec :

Eau.........................	1 litre
Gyraldose......................	10 grammes

3° Prescrire des *injections vaginales* données au moyen d'une poire à canule fine, sur laquelle on fixera une sonde de Nelaton en caoutchouc rouge souple, en utilisant la solution suivante :

Permanganate de potasse. .	5 grammes
Eau	300 c. c.

Une cuiller à soupe pour un litre d'eau bouillie chaude (solution à 1/4000).

Ou mieux injection d'eau bouillie chaude additionnée pour 1 bock d'une cuillerée à soupe de gyraldose.

4° Des *cautérisations* des grandes lèvres et du vestibule avec une solution de nitrate d'argent à 1/50.

II. — *Traitement général* par les toniques généraux habituels (arsenic, iode, tannin, phosphates, préparations ferrugineuses et surtout le Globéol, 8 pilules par jour, prises entre les repas) et l'hygiène générale.

Otite moyenne chronique suppurale.

Laver l'oreille (une ou deux fois par jour) avec un quart de litre de thé de camomille tiède. Après séchage, remplir le conduit du mélange suivant, qu'on laissera séjourner 10 minutes, la tête penchée du côté sain. Enlever avec du coton hydrophile le liquide en excès.

Acide borique	4 grammes
Sous-nitrate de bismuth....	4 —
Acide benzoïque	0 gr. 50
Formol....................	III gouttes
Glycérine ..... q. s. p. faire	30 grammes

Anémie de la puberté

1° Eviter le surmenage scolaire. Assurer largement l'aération ;

2° Un quart d'heure avant les repas de midi et du soir, dans un peu de Bordeaux vieux, une cuillerée à soupe de :

Extrait de quinquina.......	30 grammes
Arséniate de soude.........	10 centigr.
Sirop d'écorces d'oranges....	250 c.c.
Vin de Frontignan. Q. s. pour	500 c.c.

3° Feroxal... .... Un flacon

Une cuillerée à café de ce granulé le matin au premier déjeuner.

4° Frictions sur tout le corps, matin et soir, au gant de crin et à l'eau de Cologne.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 40 000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE

VARIÉTÉS

Menu... hygiénique

Mangez peu... Buvez encore moins... La sobriété est mère de la véritable vigueur... Souvenez-vous qu'une alimentation trop abondante et trop riche est la source de la plupart de nos maux physiques. Fuyez donc les repas somptueux, les mets succulents les plats alambiqués, les vins trop généreux, ... etc,

Ainsi pensent et parlent, avec infiniment de sagesse la plupart de nos médecins, pris individuellement... Réunis en assemblée, professent-ils, ou plutôt « pratiquent-ils » les mêmes doctrines ?

On serait tenté d'en douter, en présence de la plaisante anomalie qui a marqué, l'autre jour à Londres, l'ouverture du Congrès international de médecine. En cet honneur nos médicaux apôtres de la frugalité intensive n'ont pas hésité à « s'appuyer » un festin nettement pantagruélique. En voici le suggestif menu, tel qu'a eu la malicieuse indiscrétion de le publier un de nos britanniques confrères :

Cantaloup rafraîchi
Tortue claire. Crème Alexandra
Truite saumonée froide Renaissance
Salade de concombres
Marmite de cailles à la Grecque
Riz de veau Valenciennes
Selle d'agneau Montmorency
Pommes à la Parisienne
Mousse de jambon au champagne
Cannetons de Rouen à la Bresse
Salade de laitues à l'orange
Pêches glacées Cardinal — Petits fours
Dessert — Café

VINS

Amontillado : Niersteiner ; Château-Pichon-Longueville 1902 ; Geo-Goulet, 1906 ; Heidsieck ; Dry-Monopole, 1904 ; Porto, Cock-burns, 1900 ; liqueurs etc..

Un spécialiste des maladies de l'estomac, pour la forme, protesta avec véhémence contre un pareil menu, susceptible de déchaîner de fâcheuses dyspepsies chez des congressistes appelés à fournir un gros effort cérébral. Cet éminent hygiéniste a même déclaré, paraît-il, que tout banquet offert à des hommes astreints à un travail mental devrait comprendre simplement :

Un potage
Un plat de viande ou de poisson
Un plat de légumes
Dessert

Après quoi, naturellement, il prit sa part du repas trop confortable, ce qu'il pouvait, du reste, faire sans le moindre danger, car, en médecin avisé, il était en grand soin d'emporter en sa valise un bon flacon d'nrodonal.

Ainsi, en effet, était-il assuré de pouvoir impunément braver tous les excès pantagruéliques habituels aux congressistes.

La caution d'un manuscrit au XVe siècle

Un jour le roi Louis II désirant avoir dans sa bibliothèque les œuvres du médecin arabe Ramzés, envoya Jean Ladrienne, président de la Cour des comptes, auprès du doyen de la Faculté de médecine qui possédait ce livre, pour demander qu'on le lui prêtat, afin d'en faire exécuter nne copie. (Ceci se passait un peu avant la venue en France des premiers livres imprimés).

Le conseil, avant de répondre au roi, délibéra et ne consentit au prêt qu'à la condition que le monarque lui donnât une caution garantissant le retour du précieux manuscrit.

Cette caution fut fixée à douze marcs pesant de vaisselle d'argent à distraire du mobilier royal, sans préjudice d'un billet de cent écus d'or, qui fut souscrit par un opulent bourgeois, en lieu et place du roi, lequel n'était guère à même de prendre d'aussi brillants engagements.

ÉCHOS

Collège de France.

Le ministre de l'Instruction publique vient de faire signer des décrets élevant les traitements d'un certain nombre de membres de l'enseignement.

Le nombre des chaires du Collège de France est ramené de quarante-trois à quarante. Les suppressions de chaires auront lieu au fur et à mesure des vacances.

Le traitement annuel des quarante professeurs au Collège de France est fixé à 12.000 francs.

Le succès à l'Etranger de nos grandes marques nationales

On sait le bel effort fourni cette année à l'Exposition de Gand par l'industrie française. Notre section de Médecine et d'Hygiène a obtenu notamment nn gros succès et nous devons citer surtout an premier rang des exposants les Etablissements A. Claverie qui sont — comme on le sait — la maison de beaucoup la plus importante de Paris — et même du monde entier — pour la fabrication des appareils de l'art médical. Leur vitrine contenait toute une série d'appareils, bandages herniaires, ceintures, corsets, membres artificiels, etc., cons itnant autant de « créations » nouvelles et exclusives. Les Etablissements A. Claverie, qui avaient déjà obtenu les plus belles récompenses à l'Exposition de Turin et à celle de Londres l'an dernier, se voient octroyer cette année à Gand un Diplôme de Médaille d'or et un Grand Prix. Félicitons-les de ce beau et juste succès.

Académie de Médecine.

Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, le legs fait à son profit par M. Papnetier aux termes de son testament otographe du 10 décembre 1908 et consistant en une somme de cent mille francs (100.000 francs), dont les arrérages seront employés à la création d'un prix décerné chaque année à l'auteur d'une découverte en médecine ou en chirurgie ou à toute personne qui se sera distinguée dans l'application des découvertes récentes. Si, pendant une ou plusieurs années, le prix ne peut être décerné, le montant en sera affecté au capital, de façon à augmenter le revenu des années suivantes.

La somme ainsi léguée sera employée en rente française 3 0/0 au nom de l'Académie de médecine, avec mention, sur l'inscription, de la destination des arrérages.

Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

La chaire de clinique interne et pathologie exotique à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales est vacante.

Il sera procédé à la nomination du nouveau titulaire de cette chaire, dans les conditions prévues par l'instruction du 15 juin 1909 (*B. O.*, p. r., page 1076.)

Les demandes des candidats présents en France doivent être adressées au ministre de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau).

Un cas d'urgence

Un curieux incident a marqué la traversée de retour du *Saghalien*, des Messageries Maritimes, courrier des Indes et du Tonkin, arrivé ces jours derniers à Marseille.

Vers 11 heures du soir, le 18 septembre, le navire se trouvait au large de Suez, dans la Mer Rouge, quand l'officier de quart qui le dirigeait sur le phare de Shadwen, aperçut, au sommet de la tour lumineuse, des signaux de détresse, qu'il traduisit ainsi :

« Le gardien de phare est en danger de mort. La présence immédiate d'un docteur est nécessaire ».

Le commandant, mis au courant par son second, fit aussitôt stopper le navire et le docteur Coqueret, médecin du bord, prit place dans un canot. Le médecin abordant près du phare, se rendit au chevet du gardien, qui souffrait d'un phlegmon à la gorge nécessitant une intervention chirurgicale urgente. Le gardien fut opéré ; 1 heure après, le médecin regagnait le *Saghalien*, qui continuait sa route.

Tous les moyens ont sans doute déjà été employés pour se procurer un docteur d'urgence, mais celui qu'employa le gardien du phare de Shadwen est sans doute inédit ; en tout cas, il n'est pas d'un emploi banal.

La mésaventure des tortues géantes du Jardin des Plantes

Les gardiens du Jardin des Plantes s'apercevaient avec stupeur que les tortues géantes de la ménagerie donnaient, depuis plusieurs jours, des signes de nervosisme aigu. Ces animaux, de tempérament d'ordinaire si placide, étaient, par instants, agités de tremblements convulsifs comme ceux de la danse de Saint-Guy et se montraient d'un caractère intraitable.

Les professeurs du Muséum, consultés sur ce cas pathologique vraiment extraordinaire, examinèrent dans tous les sens les chéloniens, mais ils durent renoncer à découvrir l'étrange maladie dont souffraient les pauvres tortues qui, malgré le bromure et autres calmants, ingérés à doses massives, continuèrent à donner les mêmes manifestations épileptiformes.

En résumé, les savants en perdaient leur latin, lorsque, ces jours derniers, un des gardes aperçut un vieillard étrange et chevelu, très occupé à palper les mystérieuses malades. Intrigué, il s'approcha et vit le visiteur qui injectait, à l'aide d'une seringue de Pravaz, un liquide bizarre dans la peau rude des énormes pensionnaires, qui tout aussitôt étaient reprises de leurs gigotements.

Sans hésiter il appréhenda le vétérinaire suspect et le conduisit au commissariat, où l'on n'eut pas de peine à constater qu'on se trouvait en présence d'un malheureux fou, Frédéric Ambrosetti, âgé de soixante-dix-huit ans, ancien professeur de zoologie au collège de Milan.

Le dément, qui habite une pauvre chambre garnie, rue Monge, croyait avoir découvert un sérum merveilleux dont il tenait à expérimenter les effets sur les animaux avant de l'employer sur les hommes. Mais Ambrosetti n'arriva pas à convaincre ses auditeurs et témoigna à son tour d'une telle surexcitation qu'on l'expédia en toute hâte à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Le logis temporaire pour familles nombreuses

Le projet de créer des asiles où seraient temporairement recueillies les familles nombreuses, chargées d'enfants, que le retour du terme jette si souvent à la rue, a rencontré d'unanimes adhésions dans le public, dans la presse, au Conseil municipal, dans les ministères, etc., et les initiateurs de ce projet ont pu un moment espérer que dès le mois d'octobre un certain nombre de logis seraient mis à la disposition des malheureux à assister.

Cet espoir sera déçu. Le Conseil municipal a bien voté 200.000 francs pour la réalisation du projet, mais des difficultés administratives ont empêché qu'on disposât en temps utile d'immeubles inoccupés de l'Assistance ou des terrains libres des fortifications.

M. René Bérenger, sénateur, qui s'occupe tout particulièrement de cette intéressante question, s'est ému de ces retards, et, dans une lettre ouverte qu'il vient d'adresser aux conseillers municipaux, demande que l'assemblée parisienne, en l'absence de laquelle l'administration n'a pas cru pouvoir engager ses responsabilités, donne d'urgence les autorisations qui permettront de faire aboutir le projet.

20.000 communes sans poste.

Voici un extrait d'un intéressant article de M. Charles Chaumet, ancien sous-secrétaire d'Etat aux P.T.T.

« Il ne suffit pas, écrit M. Chaumet, de desservir les stations anciennes, de satisfaire la clientèle acquise. Il faut aussi favoriser l'essor des stations naissantes, aider à attirer à elles les clients nouveaux. Le service postal ne doit pas être seulement une source de revenus légitimes pour le Trésor. Il est aussi et doit être de plus en plus un des facteurs principaux de la prospérité économique du pays.

Supposez à la place de l'administration un industriel. Il n'hésiterait point à semer pour récolter. Le trafic actuel ne paiera pas ses débours. Qu'importe, si dans quelques années il doit assurément devenir lucratif ! D'ailleurs, l'Etat n'est pas un industriel, ou du moins il ne doit pas envisager exclusivement les produits directs d'un de ses services isolés. Même s'il perd au point de vue postal, il retire des bénéfices indirects mais réels de la richesse amassée par les habitants d'une région ».

Il y a encore 20.000 communes sans Poste ! Quelle honte pour un pays civilisé !

Un nouveau microbe.

Les Drs Gaston et Rebagliati ont communiqué à la Commission directrice du cinquième Congrès médical latino-américain, dans la dernière réunion qu'elle a tenu à Lima, leur découverte du germe de la « uta », maladie endémique dans quelques régions de l'Amérique du Sud. Les parasites trouvés par ces docteurs originaire de la « uta », sont du genre « leishmania ».

Les rayons rouges et la conservation du lait.

On a découvert que le lait renfermé dans les bouteilles rouges se conserve plus longtemps que s'il avait été versé dans des bouteilles de verre ordinaire ou de toute autre nuance. On fait des expériences pour déterminer quels sont les rayons de lumière qui affectent le plus le lait et l'on a constaté que ce sont ceux qui se rapprochent le plus du violet. Les rayons rouges sont plus forts et plns pénétrants et ont probablement quelque effet neutralisant sur les microbes du lait. Si les expériences confirment cette théorie, on n'emploiera plus désormais que des bouteilles rouges pour servir de récipient au lait.

Service de santé des troupes coloniales

Par modification aux dispositions de l'instruction du 7 mai 1913, relative à l'ouverture d'un concours pour l'admission aux emplois de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe des troupes coloniales, les docteurs en médecine et les pharmaciens de 1re classe soumis à la loi du 21 mars 1905, seront autorisés à prendre part auxdits concours, après nn an de service ; mais, en cas de succès, sous le régime légal actuel, il n'entreront à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales qu'après l'accomplissement d'une 2e année de service.


Rhumatismes
Gravelle
Goutte
Urodonal
Eczéma
Diabète
Artério-Sclérose

84e Année (Série XIIIe) — No 220 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 22 Octobre 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 173-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 22 Octobre 1913

ÉCHOS

Académie de Médecine.

Les Drs Julien Tellier et Francisque Martin viennent de mettre à la disposition de l'Académie de médecine de Paris la somme nécessaire pour fonder un nouveau prix de médecine qui portera la désignation de « prix Claude Martin, de Lyon ».

Nouveaux experts.

Le tribunal vient de procéder à la nomination de quatre nouveaux médecins-experts. MM. Crouzon, médecin des hôpitaux, et Marchand médecin en chef de la Maison nationale de Charenton, ont été choisis pour les maladies mentales et nerveuses ; M. Nobécourt, professeur agrégé et médecin des hôpitaux, a été désigné pour les maladies des enfants, et M. Destot, ancien directeur des services radiographiques des hôpitaux de Lyon, pour la radiographie chirurgicale. Une lacune se trouve ainsi comblée.

Le monument Pouillot-Auvert, à Melun.

Un comité a pris l'initiative d'élever sur l'une des places de Melun (Seine-et-Marne) un monument destiné à perpétuer la mémoire du Dr Paul Pouillot, des troupes coloniales, et du Dr Lucien Auvert, de l'armée métropolitaine, morts glorieusement en soldats, face à l'ennemi, victimes du devoir, sur la terre d'Afrique arrosée déjà du sang de tant de héros.

Les souscriptions sont reçues par M. Zimmer, conseiller municipal de Melun, trésorier du comité.

Une grève de médecins en Italie.

Les médecins de bord de la marine marchande se sont mis en grève pour obtenir les améliorations de situation qu'ils réclamaient depuis longtemps. On craint que cette grève d'un nouveau genre ne retarde le départ de quelques paquebots. Dans le port de Gênes cette grève est soutenue par la fédération nationale des travailleurs de mer. Elle déclare que si les compagnies de navigation engagent des médecins occasionnels, les équipages feront cause commune avec les médecins grévistes et empêcheront les navires de partir. Toutefois on espère que grâce à des interventions puissantes on trouvera un accord possible entre les compagnies et les médecins et que les départs ne seront pas trop retardés.

CONTRE LA RAGE

Au lendemain du jour où un savant éminent, le docteur japonais Hideyo Noguchi, vient de découvrir et de cultiver le microbe de la rage, il n'est point sans intérêt de rappeler certains des remèdes que l'on utilisait jadis pour combattre la terrible maladie.

En dépit de leur impuissance, ces remèdes étaient réputés et les malheureux avaient en eux confiance. Et qui pourrait affirmer, au surplus, que le traitement suivant, qui eût jadis une grande vogue, ne trouverait pas encore aujourd'hui des partisans convaincus parmi la foule ignorante !...

De la certitude duquel on a de grandes experiences dans l'Abbaye de Grand-Selve, par la guerifon de toute forte de perfonnes qui y vont de toutes parts pour prendre ce remède. — Pour donner le remède contre la rage, il faut avoir le foin de faire ramaffer de la Pimpinelle fauvage la veille, le jour, ou le lendemain de la Saint Jean, avant le Soleil levé, que vous ferez fécher à l'ombre. On peut la mettre fur un four, mais non dedans, ni au Soleil. Etant fèche, il faut la piler et tamifer, après quoi vous la mettrez dans une boëte jusques au befoin. Remarquez que ladite poudre fe renouvelle toutes les années.

Outre la fufdite poudre, il faut pour le remède des Œufs frais et de l'Huile de Rave ou de Naveau pour faire cuire les Œufs en Aumelette, comme s'enfuit.

Usage et Composition. — Si quelqu'un a été mordu de quelque Bête enragée, et qu'il y ait playe, pour fi considérable qu'elle foit, il eft défendu d'y rien faire que ce qui fuit. Prenez trois Œufs frais, dont vous ôterez le germe avec grande précaution ; après quoi vous mettez deux dragmes de la fufdite Poudre pour chaque Œuf. Ceux qui n'ont point de poids peuvent fe fervir des cinq doigts, en prenant une Pincée, qu'eft à peu près une Dragme. Ainfi fix Pincées font fix Dragmes, que vous battrez enfemble et mèlerez avec les Œufs, pour en faire une Aumelette, que vous ferez cuire avec la fufdite Huile. Etant cuite, vous la partagerez en trois portions égales, defquelles vous en ferez manger les deux au Malade, et vous garderez la troisième pour mettre fur la Playe en forme d'emplâtre : et c'eft le feul remède qu'il faut apporter à la Playe, pour fi considérable qu'elle foit, comme j'ai déjà dit ; et ainfi fi la Playe eft extraordinaire et quelle refte long-tems à guérir, devant renouveller ledit Emplâtre de vingt en vingt-quatre heures, il faut faire la même Aumelette que le mordu a prise, fans qu'il foit neceffaire qu'il en prenne derechef ; mais il faut que ladite Aumelette lui ferve d'emplâtre tout autant de tems que la Playe reftera à fe confollder ; et ladite Aumelette doit être faite avec la même précaution, comme fi le Mordu en devoit manger.

Si une perfonne n'a été que bavée feulement, fans être mordue, une Aumelette de deux Œufs fuffit, ou de prendre les quatre Dragmes, on quatre Pincées de la fufdite Poudre avec du vin.

Regime de vie, foit qu'on ait été mordu, foit qu'on ait reçû feulement la bave. — On doit commencer avant le neuvième jour à quitter les habits qu'on avoit deffus, et les faire laver ou mettre dans un four, après que le pain en eft dehors. prendre enfuite le Remede avant le neuvième jour : (il eft vrai qu'il n'eft pas neceffaire d'avoir quitté les habits avant de prendre le Remede). Le fufdit Remede doit fe prendre à jeun, et refter trois heures fans manger.

Il faut fe priver pendant quarante jours, à compter du jour qu'on a pris le Remede, de manger aucune tête d'animal, aucune Epicerie, du moins en abondance, comme Ail, Oignon, Poivre, Noix, Mufcade, Canelle, Clou de Gerofle, ni Vin avec excès ; en un mot, rien de ce qui peut échauffer. Et comme un bon Chrétien ne fe doit jamais mettre en colère, on a peine de le recommander ici comme une chofe contraire pour l'effet du Remede ; mais qu'on le faffe plûtôt pour l'amour de Dieu, que pour empêcher l'effet du Remede ; de ne pas fe regarder dans un miroir ni dans l'eau ; de ne pas faire éveiller le Malade en furfaut ; et fur tout, fi un Homme eft marié, de n'avoir pas commerce avec fa Femme, non plus que la Femme avec fon Mari. La Religion le défend à ceux qui ne font mariez ; moyennant quoi on promet parfaite guerifon ; les exhortant d'avoir recours au fouverain Maître de toutes chofes, qui donne la vertu aux Plantes.

On peut donner ledit Remede aux Bêtes en doublant la doze des Poudres.

La chimie allemande

On s'étonne, avec une touchante naïveté, de la parfaite assurance avec laquelle un jeune représentant allemand, dont s'occupe le service des fraudes, offrait aux meuniers de la région parisienne d'adjoindre à leur farine de la « terre silicée de Neubourg » L'invasion de la chimie allemande dans notre alimentation française n'est cependant pas un fait nouveau ; il n'y a qu'à jeter un coup d'œil sur les journaux spéciaux ou autres pour voir quelle importance elle a pris chez nous.

Voici l'une des dernières annonces par lesquelles les nsines d'outre-Rhin s'ingénient à nous intoxiquer :

On cherche représentant

bien introduit auprès des fabricants de bonbons, liqueurs, limonades, confitures et des pâtisseries, pour une grande fabrique allemande d'essences, aromes synthétiques, couleurs, esprits, extraits, en relations avec firmes françaises — 10 0/0 de commission.

Offres en indiquant âge, personnel, si introduit, si voyage soi-même et références sous F. N. M. 953 à RUDOLF MOSSE A FRANCFORT-SUR-MEIN.

N'est-ce pas effrayant de penser que nos « douceurs » peuvent être tributaires de tant de combinaisons de laboratoire. ?

A propos des Accidents du Travail

M. Boudeville, suppléant du juge de paix du 15e arrondissement, vient de rendre un jugement intéressant qui a provoqué quelque émotion au Palais.

Après le vote de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, des médecins et des pharmaciens se seraient concertés pour tirer profit de nombreux « accidentés », et c'est ainsi que l'un de ces pharmaciens réclamait devant le juge de paix du 15e arrondissement, au patron d'un ouvrier blessé dans son travail, le payement d'une facture appuyée sur deux ordonnances qui, soutenait-il représentait le relevé des médicaments fournis.

Le patron opposait à cette demande la majoration de la facture et son irrégularité, et le juge de paix a débouté le pharmacien par un jugement dont voici les principaux passages :

« Attendu que la loi de 1898 a eu pour but de porter secours aux victimes des accidents du travail et non d'enrichir des médecins et des pharmaciens trop âpres au gain ; que les statistiques démontrent que la charge imposée aux industriels est considérablement aggravée par l'exagération des frais médicaux et pharmaceutiques et que l'entente entre les médecins et les pharmaciens est l'une des causes principales de cet abus ;

Attendu que le demandenr n'établit pas que le blessé soit allé volontairement et spontanément à son officine, mais qu'il est au contraire vraisemblable qu'il n'a pas eu le libre arbitre voulu par la loi ;

« Attendu, au surplus, que les deux ordonnances jointes à la note de X... comprennent l'une et l'autre des substances vénéneuses de la nature de celles indiquées au tableau joint au décret du 8 juillet 1850. notamment du laudanum, et par suite que le médecin aurait dû indiquer le dosage en toutes lettres et le mode d'application du médicament (ce qu'il n'a pas fait) et que X... aurait dû se conformer aux prescriptions de l'article 6 de l'ordonnance royale du 29 octobre 1846, où il est dit que : « Les pharmaciens ne rendront les prescriptions que revêtus de leur cachet et après y avoir indiqué le jour où les substances auront été livrées, ainsi que le numéro d'ordre de la transcription sur le registre ».

« Attendu que lesdites ordonnances ne portant ni le nom ni le cachet de X... ni la date de la délivrance des médicaments, ni aucun numéro d'ordre, on est en droit de se demander si elles ont été exécutés par X... ou si, comme on l'a soutenu, le docteur traitant achete en gros des médicaments à la pharmacie, quitte à en faire ensuite application à sa clientèle ;

« Par ces motifs, déboute X... de sa demande et le condamne aux dépens.

« Ordonne que la facture et les deux ordonnances seront transmises avec une expédition du présent jugement à M. le procureur de la République de la Seine. »

Montesquieu et les rayons X

On lit, dans le discours prononcé par Montesquieu, le 25 août 1720, devant l'Académie de Bordeaux, sur les causes de la transparence des corps, ce passage très curieux : « Il est impossible qu'il y ait sur terre une matière si condensée, qu'elle ne donne passage aux rayons lumineux. Supposez des pores aussi tortus que vous voudrez, il faut qu'ils laissent passer la lumière, parce que la matière éthérée pénètre tous les corps. Les corps sont donc tous transparents d'une manière absolue, parce qu'ils laissent tous passer des rayons lumineux, mais il n'en passe pas toujours en assez grand nombre pour former sur la rétine l'image des objets ».

LA NÉVROPATHIE COLONIALE

Abolition paroxystique du pouvoir de contrôle mental

Par M. le Docteur BÉRILLON
Professeur à l'École de psychologie

Tous les Européens soumis à l'obligation d'un séjour de quelque durée dans les pays chauds sont exposés à des troubles nerveux dont la fréquence et la constance constituent un des plus grands obstacles à la rapidité de la colonisation. La névropathie coloniale — tel est le nom générique sous lequel je propose de grouper les manifestations de cette psychonévrose — existe en tout temps à un degré plus ou moins accentué; mais elle présente de fréquentes exacerbations sous l'influence, aussi bien de la sécheresse prolongée que de la chaleur humide. Certaines conditions météréologiques sont particulièrement propices à l'éclosion des exacerbations de l'irritabilité nerveuse. Telles sont les périodes prolongées de chaleur humide et l'action vraiment excitante des vents chauds. Ces vents exercent, en effet, une action des plus marquées sur l'éclosion des crises aiguës. Ainsi les paroxysmes de la psychonévrose coïncident avec les périodes où s'élèvent les vents chauds d'Afrique, le Simoun, le Siroco, le Chamsin et l'Harmattant.

Dès la plus haute antiquité, on reconnut l'action tantôt favorable, tantôt funeste, des vents de la région méditerranéenne. Hésiode distingue les vents bienfaisants et les vents malfaisants. Les premiers étaient considérés comme les enfants des Dieux, les seconds avaient pour père les géants Typhon, Astrée et Persée. Dans l'*Iliade* et dans l'*Odyssée*, Homère parle souvent de Notus, Zéphire, vents dont le souffle venait provoquer la mauvaise humeur des héros.

Zéphire, de même que les autres, avait la fâcheuse réputation de troubler l'atmosphère et de provoquer des malaises. Ce fut beaucoup plus tard que Zéphire fut considéré par les Romains comme un vent agréable et bienfaisant.

Hérodote rapporte qu'une des armées de Cambyse fut, en Egypte, complètement anéantie par le vent chaud du désert. A une époque plus rapprochée de nous une colonne commandée par le général Desvaux fut très éprouvée en Algérie par une tourmente de Simoun. Nos soldats furent en proie pendant plusieurs jours à des désordres nerveux très singulier. C'est que ces vents brûlants et chargés de poussières ne sont pas seulement dangereux par l'asphyxie qu'ils provoquent mais par leur action particulièrement délétère sur les centres nerveux. Très rapidement, la suppression de toute volonté et de toute énergie morale se complique d'un anéantissement complet de l'instinct de conservation (1).

Les anciens immolaient des agneaux blancs aux vents propices et des brebis noires aux vents funestes; ils espéraient par ces sacrifices conjurer les effets des vents malfaisants.

Actuellement les vents chauds n'ont pas cessé d'exercer leurs effets pernicieux et leur principal inconvénient est l'éclosion, dans les pays chauds, des paroxysmes de la névropathie coloniale.

Cette névrose se manifeste surtout par des modifications profondes dans les dispositions habituelles du caractère. Elle se traduit par de l'irritabilité, de la susceptibilité des tendances impulsives, des idées illogiques, des actes irréfléchis. A un degré accentué, elle se complique de phobies, d'états d'anxiété, d'idées de persécution et même d'idées de complet découragement aboutissant au suicide.

Sous son influence des personnes du caractère le plus pondéré cédent, pour les motifs les plus futiles, á de violents accés d'emportement. Il n'est pas rare que des hommes, doués d'ordinaire de la plus grande maitrise d'eux-mêmes, se livrent soudainement à des violences sur les personnes de leur entourage.

Ce qui frappe le plus dans la névropathie coloniale confirmée, c'est la diminution ou l'abolition de l'instinct de sociabilité. Devenus irritables et intraitables, ces névropathes fuient la société et se complaisent dans la solitude. Ils ne peuvent supporter la plus futile apparence de contradiction. Dans certains cas, la susceptibilité auriculaire atteint un tel degré d'acuité que les malades sont irrités par le moindre bruit.

Dans la période des accès, des personnes parfaitement correctes peuvent arriver à perdre absolument le sens de la dignité et de la mesure (1). Ils invectivent ceux qu'ils entourent à tout propos et hors de propos. Dans une société d'amis, au cours de la conversation, il pourra arriver que l'un d'eux s'excite, apostrophe les autres, les menace et même les frappe si son impulsion devient irrésistible.

Aprés l'accès, tout rentre momentanément dans l'ordre. En réalité c'est dans le domaine des sentiments affectifs que les perturbations occasionnées par la névrose atteignent leur caractère le plus accentué. Plusieurs malades, dans l'intervalle des accès ou pendant leur congé dans les pays tempérés, ne parviennent pas à s'expliquer les sentiments de défiance et de jalousie dont ils étaient animés à l'égard des autres Européens. Il leur semblait que tous les Européens investis d'une fonction quelconque étaient devenus subitement autant d'ennemis. Un officier me racontait que ses sentiments d'hostilité à l'égard de ses compatriotes acquérait un tel degré d'acuité agressive que pour se soustraire à l'impulsion de leur être désagréable ou de leur nuire, il s'enfonçait dans la brousse. Ce qui l'étonnait surtout, c'était d'éprouver des sentiments de jalousie et d'envie à l'égard des personnes qui lui étaient inférieures par le grade et la valeur, alors qu'en Europe il n'eût été animé, à l'égard des mêmes personnes, que de sentiments de protection et de bienveillance. Fait singulier: ces dispositions d'esprit ne s'étendent pas toujours aux indigènes, qui, par une opposition de contraste, bénéficient souvent d'une indulgence et d'une sympathie inattendues.

Parmi les causes qui accentuent la prédisposition à la neurasthénie coloniale, il faut mentionner l'alcool, l'intoxication paludéenne, la syphilis et les troubles de l'appareil digestif. Pour calmer les ardeurs de la soif, pour peu qu'on cède á la tentation d'absorber des boissons alcoolisées, l'irritabilité nerveuse se manifeste. Les plus faibles doses d'alcool suffisent souvent pour amener le déclanchement de l'accès.

L'intoxication paludéenne, la syphilis, de même que les troubles viscéraux, interviennent surtout par l'action débilitante qu'elles exercent sur l'organisme.

Dans chaque pays, l'accés de névropathie coloniale reçoit le nom du milieu où on le constate; c'est ainsi que, selon les régions, on le désigne sous le nom de *Soudanite*, de *Kaïrouanite*, d'*Algérite*, d'*Oranite*, de *Colonite*, de *Cafard de Médine*, de *Cochinchinite*, de *Guyanite, etc.*; il s'agit, en réalité, de la même affection (1).

* * *

Dans la névropathie coloniale, tout l'organisme est évidemment malade, mais les influences climatériques semblent exercer une influence particulièrement défavorable sur les centres nerveux.

Le pouvoir de contrôle mental, résultat d'une éducation longue et patiente, témoigne alors de sa fragilité relative. En effet, il suffit d'une élévation de température de quelques degrés pour que son action soit en quelque sorte annihilée.

N'est-il pas véritablement singulier, pour peu que le souffle du vent chaud se prolonge durant quelques jours, de voir des hommes instruits, ayant reçu une bonne éducation, investis de fonctions importantes, devenir le jouet des éléments.

Cette perte du pouvoir modérateur décèle fréquemment de réelles défectuosités dans la sphère intellectuelle et morale chez des personnes auxquelles on serait tenté d'attribuer la possession d'un plus grand pouvoir de contrôle sur eux-mêmes.

Le vieux proverbe latin, *in vino veritas*, pourrait subir une modification et il serait tout aussi légitime de dire: *in siroco veritas*. En effet, l'abolition du pouvoir modérateur a souvent pour effet de déceler l'existence de dispositions du caractère qu'on eut été loin de soupçonner. Souvent, en effet, sous l'influence de l'accés aigu de névropathie coloniale, la personnalité se révéle telle qu'elle est en réalité.

De vieilles rancunes, de vieux ressentiments n'étant plus contenus par le frein des obligations sociales, apparaissent soudainement. Le feu qui couvait sous la cendre brille inopinément d'une flamme plus vive. Des antipathies et des haines ne peuvent plus se dissimuler et les impulsions de la névrose deviennent la cause d'interminables discordes.

Aussi, les réglements administratifs ont-ils sagement prévu la limitation du séjour dans les colonies.

Les perturbations apportées dans l'état mental sont si marquées que certaines législations sont intervenues pour en atténuer les effets. Ainsi, dans la République Argentine, quand souffle le vent chaud, les audiences des tribunaux sont suspendues. On a reconnu que les juges, sous l'influence irritante de la température torride, n'étaient plus capables d'apprécier à leur juste valeur les éléments des causes qui leur étaient soumises. C'est peut-être pour la même cause que la saison des grandes vacances a été fixée pour les tribunaux et les établissements scolaires à la période du mois d'août où sévissent d'ordinaire les chaleurs caniculaires.

(1) Chardin, dans la relation de son voyage en Perse, signale les effets nuisibles des vents pestiférés qui soufflent sur les bords du golfe Persique depuis le 15 juin jusqu'au 15 août et qui tuent presque subitement les voyageurs enveloppés dans leur tourmente.

(1) Dans l'*Esprit des lois*, Montesquieu a longuement insisté sur l'influence des climats. Dans plusieurs passages des plus expressifs il signale l'action déprimante des climats chauds. « Approchez des pays du midi, vous croirez vous éloigner de la morale même; des passions plus vives multiplieront les crimes; chacun cherchera à prendre sur les autres les avantages qui peuvent favoriser ces mêmes passions. « La chaleur du climat peut être si excessive que le corps y sera absolument sans force. Pour lors, l'abattement passera à l'esprit même; aucune curosité, aucune noble entreprise, aucun sentiment généreux; les inclinations y seront toutes passives; la paresse y fera le bonheur; la plupart des châtiments y seront moins difficiles à soutenir que l'action de l'âme et la servitude moins insupportable que la force d'esprit qui est nécessaire pour se conduire soi-même.

(1) « Avoir le cafard » est une locution fréquemment usitée dans les lieux où sévit endémiquement la névropathie coloniale. Dans certaines colonies une plaisanterie courante consiste dans l'hommage aux nouveaux arrivants d'une décoration dont l'embléme est constitué par la configuration de l'insecte en question. Ce symbole a pour but de les avertir que, tôt ou tard, il devront payé leur tribut á la névropathie dont les anciens connaissent déjà, par expérience, les regrettables effets.

Les congés accordés aux fonctionnaires ont pour but de favoriser le rétablissement de la santé physique aussi bien que la santé mentale durement éprouvées par le séjour dans les pays tropicaux. Mais ces périodes de réparation sont-elles toujours utilisées comme elles devraient l'être? Il est permis d'en douter. Beaucoup de névropathes coloniaux retournent à leurs postes sans s'être préoccupés de remédier aux défaillances nerveuses dont ils n'ont pas ressenti les effets en Europe. Aussi, à peine arrivés, de nouvelles crises témoignent à nouveau de l'insuffisance fonctionnelle de leur pouvoir de contrôle cérébral.

Il arrive que l'amélioration ressentie dès leur arrivée dans le climat tempéré de la métropole leur donne l'illusion d'une guérison de la névrose. Ils ne se rendent pas compte de la persistance de l'aboulie, de l'affaiblissement du pouvoir modérateur et ne bénéficient, en somme, que d'une accalmie (1).

Depuis quelques années, plusieurs, mieux avisés, ont songé à recourir à l'intervention de la psychothérapie. L'idée leur en est, d'ordinaire, venue spontanément. Humiliés de constater la faiblesse de leur résistance mentale lorsqu'ils étaient dans certaines conditions propres à accentuer les manifestations de l'épuisement nerveux, ils se sont proposés d'en rechercher le remède. Ils ont compris que le traitement légitime réside dans l'application d'une psychothérapie tendant à la rééducation systématique de la volonté et à la rééducation de la fonction du contrôle mental. Leur prétention n'a pas été déçue. Déjà un certain nombre d'entre eux ont constaté les effets utiles d'un traitement psychothérapique bien dirigé. Aussi, chaque année, s'accroît le nombre de ceux qui, à côté de cures dans les stations thermales ou climatiques, se soumettent à l'action d'une cure de psychothérapie.

Les résultats obtenus justifient l'utilité de ce traitement. Ils démontrent la nature essentiellement névropathique des troubles qui surviennent sous l'influence de certaines influences atmosphériques. Il y a là également la mise en œuvre d'une psychothérapie préventive destinée à empêcher le retour d'accidents nerveux déjà constatés.

Les succès de la psychothérapie dans le traitement de la neurasthénie coloniale justifient une fois de plus l'ancien adage : « *Naturam morborum curationes ostendunt.* » Ils démontrent que les paroxysmes de la névropathie coloniale dépendent d'un fléchissement du pouvoir de contrôle cérébral et sont justiciables d'une rééducation du caractère et de la volonté.

(1) A ce sujet, un fonctionnaire d'une courtoisie parfaite, me disait : « Mes collègues et moi qui, en France, nous conduisons, dans nos relations réciproques, comme de parfaits *gentlemen*, nous n'avons pas plus tôt mis le pied sur le sol d'Afrique que nous redevenons irritables et insociables. Aussi, tel de mes collègues dont les façons sont, sur le boulevard, celles d'un homme du monde accompli, ne manquera jamais, là-bas, de se conduire à mon égard comme un véritable mufle. Je ne puis lui en garder rancune, c'est le cafard qui veut cela.

LE DIABÈTE ET SON TRAITEMENT

Par les Agents physiques

Par M. le Dr J.-A. RIVIÈRE

La déviation fonctionnelle domine la pathogénie du diabète. Or, les agents physiques sont tous des régulateurs physiologiques et des convoyeurs d'énergie nerveuse. On prescrit, couramment, aux diabétiques, comme frénateurs de leur glycogénèse et utilisateurs du sucre formé dans le sang, le changement de climat (mer, montagne), les eaux minérales diverses, le travail musculaire. Tous les malades ne peuvent effectuer ces déplacements et beaucoup de diabétiques supportent mal l'effort : au contraire, tous peuvent se soigner par la physicothérapie, actuellement à la portée du plus grand nombre, et bénéficient largement de nos méthodes, qui ne sont, en somme, que les agents naturels domestiqués et convertis en formules.

Certains cliniciens ne conçoivent pas encore cette puissance de la physicothérapie, dans un mal envisagé comme une altération chimique humorale. Mais il est plus que probable que l'altération chimique est, elle-même, le produit du trouble cellulaire et névrarchique. C'est ainsi que les auteurs attribuaient, jusqu'ici, la moindre résistance des diabétiques vis à vis des intoxications (alcoolisme, bacillose, staphylococcie) etc, au plus facile développement des microbes sur un terrain sucré; plus tard, on invoqua l'affaiblissement du pouvoir opsonique du sérum. Eh bien ! Handmann a constaté, récemment, que ni le sang diabétique ni le sang artificiellement sucré ne sont plus nourriciers, pour le staphylocoque, que le sang normal : il conclut de ses expériences que la moindre résistance des diabétiques est fonction de leurs cellules et non de leurs humeurs.

L'apparition et l'aggravation du diabète sous l'influence d'un traumatisme sont aussi des preuves de l'influence nerveuse sur l'intégrité de la fonction glycogénique. La dénutrition autophagique est (on peut l'observer), assez souvent, rapide, dans ces cas. Il en est de même pour les diabètes, si fréquents, qui puisent leurs origines dans le traumatisme mental (chagrins violents, surmenage intellectuel).

Le traitement physicothérapique diminue la glycosurie en équilibrant l'activité nerveuse et hépatique. Ses bons effets se manifestent constamment par une amélioration de la courbe de désintégration organique, ainsi que des mutations oxydantes, albuminoïdes et phosphorées. Il n'a jamais l'inconvénient de déprimer des sujets trop souvent prédisposés à l'anémie et à la cachexie par vice d'assimilation. Au contraire, il produit, le plus souvent, une rénovation vitale des plus tangibles.

Le syndrôme du diabète arthritique s'accompagne, habituellement, d'hépatomégalie : le foie est congestionné, lourd, sensible, douloureux. Les fonctions de la cellule hépatique présentent une exagération d'activité (hyperhépatie).

Car, il faut bien le dire, le diabète par « torpid liver » ou insuffisance hépatique est exceptionnel. Les malades désassimilent toujours énormément. Leurs combustions sont facilitées par la chaleur et par les agents physiques qui la produisent : douches et bains chauds, bains hydro-électriques et de CO^2, chaleur obscure ou lumineuse, air sec surchauffé etc. On sait, de tout temps, la nocivité du froid chez les diabétiques. Pour ma part, j'ai constamment observé que la chaleur restreint, d'une façon notable, la production exagérée du sucre et accroît sa consommation ainsi que sa fixation hépatique. On peut donc, par la thermothérapie, éviter, jusqu'à un certain point, l'apparition du diabète, chez les jeunes gens gras, prédisposés aux furoncles et aux anthrax. La chaleur, jointe à la mécanothérapie, aux exercices, aux courants de d'Arsonval, améliore la capacité vitale des cellules, relève l'énergie transformatrice du protoplasma et rend, à la molécule vivante, sa puissance d'oxydation compromise par l'hérédité.

Le traitement physicothérapique doit être toujours basé sur les analyses d'urines, qui nous montrent l'état de la nutrition et surtout de la dénutrition : il est évident que, dans le cas où l'azoturie et l'amaigrissement sont excessifs il faudra modérer le traitement dans le sens conservateur. A cet égard, le bain électro-statique m'a toujours paru indiqué, pour obtenir la rétention suffisante des phosphates, des albuminoïdes et des chlorures et tempérer la glycémie par le moyen des échanges intercellulaires. Il en est de même chez les diabétiques au foie fatigué, âgés et alcooliques, chez lesquels on trouve peu de symptômes dramatiques (glycosurie faible, rarement nocturne, peu de polyphagie, de polyurie, de polydipsie, mais souvent autophagie assez marquée, asthénie et nervosisme).

Abrams (de San Francisco) a émis, récemment, la théorie vaso-motrice, assez séduisante du diabète. La cause intime de cette dyscrasie serait, d'après cet auteur, une paralysie des vaso-moteurs d'où il résulterait qu'une plus grande quantité de sang traverserait le foie. Abrams montre que le tonus du système vaso-moteur peut être notablement augmenté par le massage vibratoire, spécialement dirigé sur les apophyses épineuses cervicales. Sawyer rapporte un cas traité ainsi, dans lequel on obtint une amélioration si grande, qu'elle équivalait à une guérison. Pour ma part, je conseille toujours la vibrothérapie générale et rachidienne contre le diabète et j'en obtiens d'excellents résultats. J'ai observé, entre autres effets utiles, que cette pratique augmentait toujours le coefficient d'utilisation des hydrocarbures, ce qui facilite la diététique et préserve de l'acidose et de ses graves complications. Elle calme aussi l'éréthisme nerveux et constitue le meilleur dérivatif à l'existence inactive, si néfaste aux diabétiques.

La darsonvalisation m'a rendu aussi de grands services pour la cure rationnelle des diabétiques. La plupart de ces malades, qui sont des angioscléreux et des suralimentés, présentent une forte élévation de la pression artérielle. L'hyperglycémie contribue, d'ailleurs, à la rétention d'eau dans les vaisseaux, aussi bien (et mieux peut-être) que l'hyperchlorurémie. Quoi qu'il en soit, la cure de l'hypertension, par la haute fréquence, est toujours suivie d'une amélioration notable de la dyscrasie sucrée. On constate aussi, par l'influence des grands courants, une augmentation notable de l'acide carbonique éliminé par les poumons, augmentation qui traduit la combustion plus complète du glucose et la meilleure assimilation. La régénération des forces musculaires est également très appréciable. L'électrothérapie possède enfin un pouvoir électif sur la voie centrifuge de la moëlle à partir du bulbe (centre diabétogène de Claude Bernard), puis sur les racines sympathiques des nerfs splanchniques, frénateurs de la glycosecrétion. Le diabète est, en effet, lié parfois, comme l'a très bien dit Haillon, soit à des lésions du névraxe, siégeant surtout dans le bulbe ou les régions avoisinantes, soit à des névralgies ou névrites portant sur le nerf vague, le sympathique ou les nerfs cérébro-spinaux. La régulation et l'équilibration des réserves glycogéniques du foie est étroitement placé sous la dépendance du nervisme, peu coutumier, comme on sait, d'être influencé par les remèdes de la pharmacopée.

Suivant le professeur Lépine (qui n'est pas un optimiste), le diabète, soigné dans de bonnes conditions, n'est pas un mal grave et permet d'espérer une survie assez longue. La « glycosurie n'est nullement un vice rédhibitoire com-

me semblent le croire les Compagnies d'assurances sur la vie ». Mais le pronostic favorable est surtout lié à la médecine naturiste, c'est-à-dire à une bonne alimentation et à la mise en œuvre des inépuisables ressources de la thérapie physique. Le diabète n'est d'ailleurs, aucunement une entité morbide. Chacun le fait, en quelque sorte à son image; une inutilisation des hydrates de carbone ne constitue pas le diabète, mais la glycosurie tout au plus; l'état maladif sérieux commence au jour où les albumines et la charpente de nos cellules et de nos tissus se met à fournir du sucre. C'est alors qu'il faut s'opposer à la dénutrition, à la déshydratation, à la consomption et réserver le pronostic si le malade refuse de se soumettre au régime et au traitement rationnels indispensables

La physicothérapie dissipe les malaises des diabétiques, leur faiblesse parétique des jambes, fait renaître l'aptitude à l'effort physique et intellectuel, abaisse la densité des urines et diminue singulièrement l'azoturie, la glycosurie, l'albuminurie elle-même. Les malades sont frappés, dès les premiers jours, de l'atténuation de leur soif et de leur sécheresse buccale; leur faim est moins impérieuse, la polyurie et la pollakiurie cessent, en même temps que reparaissent le sommeil réparateur, l'amélioration des forces, le retour des réflexes rotuliens, le meilleur état de la peau, des gencives, des organes génitaux etc. Lorsque les malades se plaignent de névralgies, ce qui est assez fréquent (sciatique, lumbalgie, névralgies des côtes ou du trijumeau), les courants continus les en débarrassent assez promptement. La prédisposition aux furoncles et aux anthrax est justiciable des bains hydro-électriques et carbo-gazeux systématiques.

La maladie se développe surtout par un défaut de combustions organiques et une insuffisance des oxydations et élaborations nécessaires. Mais c'est le système nerveux qui préside à la dyscrasie : certains diabètes, irréguliers et atypiques, sont proches parents des névroses et de l'ataxie. Ce sont surtout ces formes, réfractaires au régime diététique et aux médicaments, que revendique la physicothérapie. Cette méthode est essentiellement accélératrice du trophisme général et l'analyse des urines nous apporte le miroir des modifications heureuses imprimées par les agents physiques dans les combustions et échanges, ainsi que dans les perturbations cérébro-spinales, si communes chez les diabétiques confirmés.

La dyspepsie et la constipation des diabétiques sont justiciables de la massothérapie, de la vibro-thérapie et des courants faradiques. On y joindra les courants de Morton ou le solénoïde de d'Arsonval, qui accélèrent les échanges et perfectionnent les processus nutritifs, ce que le malade observe très bien en accusant le retour de son énergie physico-mentale et la suppresion de son asthénie nerveuse, de son amblyopie, de son anaphorodisie, fidèles satellites de toute glycémie un peu ancienne. Ce qu'il faut, c'est empêcher le glycohémique d'utiliser sa propre substance à fabriquer sans trêve du sucre et de l'urée : voilà le nœud gordien, que tranche la physicothérapie bien conduite.

Ce qui domine le tableau morbide du diabète grave, c'est le brisement et l'atonie des forces musculaires. Le malade est las, constamment las il a les jambes en coton et les membres inférieurs comme tassés; des crampes dans les mollets, de l'hésitation claudicante à la marche, des tremblements, des tics. Très sensible et très frileux, impressionnable et acariâtre, apathique et insomniaque, il donne l'impression d'un malade profondément atteint. Eh bien ! la physicothérapie transformera cet état alarmant en un état bénin et curable. Elle respecte la fonction digestive, tout en exaltant l'énergie de la nutrition et l'harmonie du système nerveux, et en assurant l'actif fonctionnement du foie, de la peau et des poumons. Même dans les formes irrémédiables de diabète maigre liées à la dégénérescence du pancréas, alors que régime et médicaments sont nuisibles ou impuissants, une physicothérapie attentive peut encore ramener les malades dans la voie de l'assimilation à peu près normale et est toujours bien tolérée. Le grand avantage dévolu aux agents physiques est aussi d'enrayer la prédisposition aux refroidissements et de cuirasser, en quelque sorte, les voies respiratoires. Cela a de l'importance, si l'on songe que les deux cinquièmes des diabétiques succombent par les poumons. Or, notez aussi que, sur 20 personnes, de 40 à 60 ans, aisées et sédentaires, on trouve un diabétique, a dit Bouchard ; le traitement favorable, entrepris à temps, peut singulièrement allonger lacarrière de ce diabétique, en lui évitant les complications irrémédiables. Presque tous les agents physiques exercent leurs bons effets sur la peau, vaste surface nerveuse : or, les cliniciens nous affirment que le diabète est bénin et curable, lorsque se rétablissent les fonctions exhalantes de la peau, dérivatrices et éliminatoires, en même temps que vicariantes pour la sécrétion rénale. C'est pourquoi il y a sonyent impossibilité de guérison poûr les malades des villes confinés et sédentaires. La mécanothérapie et la vibrothérapie ont aussi, à mon avis, l'immense avantage d'atténuer la vulnérabilité à la fatigue, l'intolérance au mouvement et l'adynamie musculaires, si funestes aux diabétiques.

La puissance de la physicothérapie s'affirme aussi devant les complications. En prévenant l'acétonémie (par l'excitation des émonctoires qui déchargent les acides les plus dangereux), le coma diabétique, qui est la complication la plus grave du diabète, peut être souvent enrayé. Si le coma est déclaré, les alcalins en lavements et en injections intra-veineuses, les purgatifs, les inhalations ozonisées, les courants continus sur la colonne vertébrale, peuvent éviter, parfois, une détermination fatale. On remédiera à la deshydratation par tous les moyens, puisque Chauffard nous a prouvé que c'est le sang épais et visqueux, plus encore que les acides diacétique et oxyhutyrique qui sont causes de la mort.

Les affections pulmonaires nous représentent aussi un grand péril pour le diabétique, La tuberculose, à forme sournoise et torpide, l'asthme, la congestion pulmonaire, surviennent chez les diabétiques anciens et mal soignés, grâce à l'accroissement de la virulence des microbes associés dans les milieux sucrés, à l'insuffisance respiratoire du diabétique, au défaut de résistance du terrain. La grippe revêt aussi, souvent, la forme infectieuse. Les pratiques physicothérapiques éloignent ordinairement tous ces dangers. Elles permettront également d'éviter, le plus souvent, les complications chirurgicales dues à la grande vulnérabilité de diabétiques. Toutes les interventions pour les furoncles, anthrax, etc., doivent éviter d'être sanglantes : l'étincelle de haute fréquence, le galvanocautère, l'électrocautère l'énergie calorifique de haute fréquence à l'aide d'électrodes métalliques, auxquels s'ajoutent des actions ioniques, le froid excessif obtenu à l'aide de corps, métaux ou autres, plongés dans l'air liquide, ou même à l'aide de a neige carbonique, remplaceront avantageusement le histouri. Je n'insisterai pas sur la valeur thérapeutique de la thermothérapie (air sec surchauffé) si efficace dans la gangrène glycosurique, à l'aide des appareils inspirés par nous.

Les lésions cutanées qui tendent toujours à se compliquer, à s'étendre, à s'enflammer et s'infecter, s'améliorent et guérissent promptement par les effluves de haute fréquence et la statique. C'est que la perturbation nerveuse joue le plus grand rôle dans les dermatoses des glycosuriques : cela nous est prouvé par la fréquence du prurit, du lichen, du zona, de l'urticaire, du mal perforant plantaire et autres lésions dermiques voisinant avec la trophonévrose. A côté de ces lésions, les infections microbiennes internes et externes s'installent, sous la forme de folliculites, furonculose, ecthyma, érysipèle, grâce à la virulence exaltée du staphylocoque et du streptocoque. Ajoutons y certaines mycoses, produisant la balanite, l'érythrasma, la sporotrichose. La peau, sèche et mal nourrie, des diabétiques nous explique l'apparition du prurigo et de certains eczémas secs. Quant à l'herpès génital, il dégénère souvent en balanoposthite et en phimosis scléreux. Chez la femme, les vives démangeaisons eczémateuses de la vulve, (entraînant un prurit enragé avec perte de sommeil et érythème histré des grandes lèvres) ne résistent guère à l'action analgésiante et modificatrice des effluves alto-fréquentes et des rayons Rœntgen, alors que tous les autres traitements échouent lamentablement.

La prédisposition aux dermatoses disparaît par l'hydrothérapie tiède, les bains électrothermiques, les bains hydro-électriques et de CO^2 qui préviennent l'infection cutanée et empêchent les solutions de continuité du derme, presque invisibles au début, et nos bains radio-actifs.

Dans les cas de prurigo diabétique, la douche tiède en pluie, suivie d'effluvations pendant huit minutes, donne des résultats parfaits.

Les amblyopies et lésions papillaires, les névrites du nerf optique, les paralysies oculaires, sont d'une cure plus malaisée. Toutefois, les courants continus et les effluves de haute fréquence peuvent retarder la cécité dans une certaine mesure. L'anaphrodisie et l'impuissance, la dysménorrhée et la stérilité sont des complications souvent précoces et qui affectent singulièrement les malades : Parisot, de Nancy, a démontré, récemment, que ces symptômes sont dus à d'importantes lésions des glandes génitales, lésions caractérisées par l'atrophie et l'involution, plus ou moins marquée, de la glande séminale et de la glande interstiçielle chez l'homme ; du stroma ovarien et des follicules chez la femme. Il appert que les différentes variétés d'électrothérapie, principalement la faradisation et la haute fréquence, sont les seuls moyens capables d'enrayer victorieusement les dites lésions.

Si j'insiste sur la valeur des agents physiques dans le diabète, ce n'est pas pour dénigrer les agents pharmaceutiques qui ont fait leurs preuves, ni pour passer sous silence le régime, véritable clé de voûte de la cure antidiabétique. Parmi les médicaments proprement dits, les alcalins (soude, potasse, ammoniaque, lithine) et les eaux minérales alcalines, les ferments eupeptiques, le quinquina, la strychnine, les iodures, les bromures, les arsénicaux, le manganèse peuvent être utilisés, suivant les cas, avec le plus grand profit comme freins modérateurs de la glycogénèse, ou comme modificateurs éprouvés du sang et du système nerveux. Les dynamophores ou agents d'épargne, le jambul, le holdo, la glycérine pure, rendront aussi de grands services aux praticiens, en perfectionnant les oxydations et en assurant la consommation régulière du sucre au sein des éléments anatomiques.

Le meilleur régime est à coup sûr à côté de celui qui a été magistralement libellé par Gilbert, et que nous croyons inutile de reproduire ici. Le nôtre consiste surtout à diminuer dans de larges proportions l'apport alimentaire ; et pour obtenir ce résultat, la suppression absolue du sucre et des boissons alcooliques nous paraît indispensable.

Résumé du Traitement physicothérapique

Ainsi que dans la plupart des états diathésiques ou dyscrasiques, c'est par l'action combinée des divers agents physicothérapiques que l'on obtient les plus heureux résultats diabétiques. Comme schéma d'un traitement habituel, j'indiquerai : la haute fréquence sous toutes

ses formes, darsonvalisation et effluves mono et bipolaires sur tout le corps ; la vibrothérapie générale, la mécanothérapie générale ; les bains thermo-lumineux, la chaleur sèche ; les bains hydro-électriques et carbo-gazeux ; les bains électro-statiques et la faradisation ; les courants continus, l'atmothérapie.

1° L'électricité, en général, suractive et équilibre nos molécules trophiques, et possède un pouvoir d'interférence sur les perturbations cellulaires. Les courants de haute fréquence, la diathermie augmentent l'amplitude respiratoire et l'expiration carbonique, renouvellent l'oxyhémoglobine, diminuent progressivement le sucre, réveillent les fonctions de la peau et les forces musculaires, obvient à la perfide amblyopie et à l'asthénie génitale, atténuent l'insomnie et la cryesthésie, en causant un bien-être euphorique inusité.

2° Les courants continus sont sédatifs des douleurs névralgiques et arthritiques, arrêtent les troubles trophiques et permettent la cure des furoncles et anthrax par l'introduction des ions (iode, lithine, acide salicylique).

3° L'électricité statique s'oppose à l'anarchie du neurisme, à l'agrypnie, à l'hypocondrie, aux crampes, spasmes viscéraux, dermatoses prurigineuses, troubles sensoriels divers. Le courant faradique est surtout réservé à la constipation et à l'atonie gastro-intestinale, fréquentes chez les diabétiques.

4° Le bain thermo-lumineux s'oppose à la neurasthénie, à l'albuminurie, à la dyscrasie cachectisante, à la tuberculisation et aux dermatoses graves, à la dénutrition et à l'hypoglobulie.

5° La vibrothérapie et la mécanothérapie, gymnastique kinésique de douceur et de précision, stimulent la nutrition languissante, excitent la perméabilité de la peau et la souplesse des muscles, perfectionnent les réflexes et font récupérer assez promptement l'activité vasomotrice, si précieuse aux ralentis de la nutrition, On ne saurait croire le parti thérapeutique que l'on peut tirer des manœuvres, bien dirigées, de trépidation et de propulsion moléculaires massothérapiques.

6° Les bains hydro-électriques et les bains carbo-gazeux, radio-actifs, combinés, parfois, avec les diverses méthodes d'hydrothérapie, sont destinés à augmenter les éliminations nécessaires, à alcaliniser le sang, à exalter la vitalité cellulaire, à augmenter le potentiel et la réserve neuriques, à prévenir et cicatriser les lésions de la peau et à modérer l'irritabilité spinale des diabétiques.

7° Toutes ces pratiques balnéaires (et je n'en excepte pas les eaux minérales) tendent à pondérer, équilibrer et harmoniser les actes vitaux ; à susciter les réflexes dynamogéniants. C'est, dans la balnéation, surtout le bain hydro-sinusoïdal ou ondulatoire qui influe le plus sur le diabète proprement dit, en décongestionnant les viscères, en perfectionnant l'osmose, en augmentant le taux de l'urée et la capacité respiratoire et en chassant tous les déchets nocifs. Nos bains radio-actifs, le bain de CO^2, combattent l'acidose, assurent la révulsion tégumentaire et invertissent, toujours heureusement, le modus nutritif, en imprimant un coup de fouet utile à la circulation capillaire, véritable maîtresse du trophisme général.

8° La chaleur stimule aussi grandement la contractilité du protoplasma et la mobilité amiboïde des leucocytes. Elle est vaso-motrice et osmotique, excite le dynamisme réactionnel, assure la dilatation vasculaire et la diaphorèse régulatrice. Convenablement réglée et préférable dans sa forme sèche, elle est indispensable, chez la plupart des diabétiques, lorsque l'on a surtout à modifier énergiquement de mauvaises dispositions de la peau (herpès, eczéma, furonculose, sphacèle).

9° L'atmothérapie, naturelle ou réalisée par les inhalations oxygénées ou ozono-balsamiques, possède une action vitalisante et bactéricide, qui permet de préserver les voies aériennes prédisposées à l'infection et souffrant toujours d'insuffisance alvéolaire. Elle vivifie les poumons, le sang et le système nerveux, vitalise l'épithélium pulmonaire et préserve le malade de la tuberculose, qui le guette, trop souvent, hélas !

10° En réfrénant le vice nutritif constitutionnel, la physicothérapie met le diabétique à l'abri des complications : c'est la meilleure prophylaxie du brightisme et du coma, qui sont (avec la phtisie sucrée), les aboutissants les plus funestes d'une mauvaise chimie humorale.

REVUE CLINIQUE

Mort subite d'un malade opéré récemment de varices

Par le Docteur A. DROUINEAU
Médecin-major de 1re classe

X..., incorporé au mois d'octobre 1909 dans une section d'administration à Constantine, ne présentait, au moment de son incorporation, comme tares morbides, que des varices doubles surtout accentuées à la jambe droite. Aucun antécédent héréditaire ni personnel.

Pendant la première année de son service, X... s'est toujours bien porté et n'a jamais présenté de maladie suffisante pour le faire admettre à l'infirmerie ou à l'hôpital. Au commencement d'avril 1911, il demande instamment à être débarrassé de ses varices avant sa libération et est envoyé, dans ce but, à l'hôpital militaire de Constantine où il entre le 7 avril 1911. L'examen de son cœur et des urines étant resté négatif, on procède quelques jours après à l'opération. Celle-ci, a lieu sans incidents ; elle consiste en une saphénectomie qui, au membre inférieur droit, commence à la racine de la cuisse et se poursuit jusqu'à la partie inférieure de la jambe ; le seul fait à noter est celui-ci : en arrivant au niveau du milieu de la jambe, le chirurgien est dans l'impossibilité de disséquer le réseau veineux qui fait littéralement corps avec la peau ; on est obligé de réséquer une grande partie de cette peau qui forme une sorte de tumeur veineuse et de suturer les deux bords de la plaie ainsi formée. Dans la même séance, saphénectomie gauche, mais seulement au niveau de la cuisse. Suites opératoires nulles ; réunion par première intention.

Sur sa demande le malade sort de l'hôpital le dimanche matin 14 mai, parfaitement guéri. X... se sent tellement bien portant qu'il passe cette journée de dimanche le plus joyeusement possible avec des camarades, danse même toute une partie de l'après-midi dans un café de la ville et trouve le moyen de rentrer à la caserne une heure après l'appel du soir.

Le lendemain matin, il m'est présenté à la visite, ainsi que le prescrit le règlement pour tout sortant de l'hôpital. Interrogé par moi, X... me déclare qu'il est absolument guéri, qu'il ne ressent plus rien et qu'il est en état de faire tout son service. Il est utilisé ce jour-là comme caporal de garde à la porte de la Casbah.

Le soir, vers 7 heures, peu de temps après son repas, il était donc assis sur un banc devant le poste de la caserne ; c'est alors qu'en se levant pour examiner la tenue d'un soldat qui sortait on le vit tout à coup pâlir et tomber inanimé. Relevé par des camarades, il fut immédiatement transporté à l'infirmerie où les infirmiers de garde pratiquèrent sans succès les tractions de la langue et la respiration artificielle. A mon arrivée, je ne pus que constater le décès.

Je pensai à une mort subite par une embolie, émettant l'hypothèse qu'à la suite de la résection de veines très développées et très grosses, un coagulum était resté dans un vaisseau, que sous l'influence des mouvements violents auxquels s'était livré X... en dansant pendant la journée de dimanche, ce coagulum s'était détaché et qu'une embolie s'était produite le lendemain au moment d'un passage trop brusque de la position assise à la position debout.

Malheureusement l'autopsie pratiquée dans l'après-midi du lendemain ne nous fournit aucune indication permettant de fixer avec précision la cause du décès.

Voici, en effet, les principales constatations que nous avons faites :

Appareil circulatoire. — Péricarde : non adhérent, non rempli de liquide, sain. Cœur : poids 400 grammes ; le ventricule gauche est un peu hypertrophié, les valvules sont normales, il n'y a pas de caillots dans les cavités. Les coronaires sont examinées sur leur longueur et ne présentent rien d'anormal ; on n'y trouve aucune trace d'embolie.

Appareil respiratoire. — Larynx normal, pas de corps étranger. Poumons : sains, crépitant partout, ne présentant aucune trace d'infarctus ; pas d'adhérence ni de liquide dans la plèvre.

Appareil digestif. — Foie : poids 1.950 grammes ; cet organe est congestionné et très friable (un fragment de foie est prélevé ainsi qu'un peu de bile pour être ensemencé ; les ensemencements furent négatifs). Rate : poids 160 grammes ; également très friable et très congestionnée (un fragment de rate prélevé ne donne également qu'un ensemencement négatif). Estomac : contient environ 1/2 litre de matières alimentaires en digestion; aucune odeur spéciale; la muqueuse stomacale est très hyperémiée. L'intestin, est examiné sur la plus grande partie de sa longueur ; il ne présente rien d'anormal et en particulier pas de plaques de Peyer.

Appareil urinaire. — Vessie vide. Reins : poids 165 grammes chaque ; ils sont sains, mais congestionnés.

Centres nerveux. — Rien aux méninges, qui sont absolument saines. Très légère congestion des vaisseaux des hémisphères, qui sont néanmoins très souples et ne présentent pas de traces d'embolie. Pas de liquide dans les ventricules. Pas d'infarctus à l'intérieur des hémisphères dont les coupes sont faites nombreuses et rapprochées. Le bulbe est examiné également avec soin et on n'y peut rien déceler d'anormal, pas la moindre trace d'hémorragie ou d'embolie.

On voit donc qu'aucune donnée ne peut venir préciser la cause du décès et que toutes les hypothèses restent libres.

REVUE DE PATHOLOGIE

A propos de deux cas d'infantilisme

Par MM. L. SENCERT et HAMANT

Au moment de la puberté, il se produit chez l'enfant un certain nombre de modifications somatiques qui le transforment en adolescent, en jeune homme. Le testicule, le scrotum, la verge, les vésicules séminales et la prostate subissent une forte poussée d'accroissement. En même temps que s'affirment et se développent ces *caractères sexuels primaires*, on voit se produire du côté du système pileux, du larynx, du système locomoteur, musculaire et osseux, des changements qui caractérisent les *caractères sexuels secondaires*. Que, pour une raison quelconque, la puberté n'apparaisse pas, les organes génitaux vont garder l'aspect des organes génitaux de l'enfant et les caractères sexuels secondaires qui devraient apparaître à ce moment n'apparaîtront pas. Ce sera véritablement l'infantilisme proprement dit ; l'homme en vieillissant est resté un enfant, un infantile. L' *infantilisme*

est donc, suivant la définition analytique de *Souques*, un syndrome somatique, caractérisé essentiellement par l'hypoplasie des organes génitaux et par l'absence des caractères sexuels secondaires, chez un individu ayant dépassé l'âge de la puberté.

Qu'il soit bien entendu que nous ne voulons parler que de l'infantilisme masculin, et que nous laissons également de côté *l'infantilisme régressif*, décrit par *Gaudy*, lequel est caractérisé par la régression, après une puberté normale, des organes génitaux, et la disparition des caractères sexuels secondaires.

L'infantile est donc un homme dont les organes génitaux, testicule, scrotum, verge, etc., sont mal développés, ou pas développés du tout ; dont le système pileux à la face, au pubis, aux aisselles, est mal développé ou absent ; dont les muscles sont peu développés, les saillies musculaires restant masquées par un développement plus considérable du pannicule adipeux sous-cutané, qui arrondit les formes, rend les membres inférieurs fuselés et grêle, dont le larynx reste petit et n'émet qu'une voix grêle et aiguë, dont tout l'ensemble justifie en somme, selon l'expression de *Souques*, l' « hermaphrodite » de Polyclète, le « contralto » de Théophile Gauthier.

Les travaux fondamentaux de l'école de Nancy, de *MM. Bouin et Ancel, Richon* et *Jeandélize*, etc., ont démontré d'une façon irréfutable et définitive que le développement des organes génitaux et l'apparition des caractères sexuels secondaires sont sous la dépendance de la glande interstitielle du testicule, découverte par MM. Bouin et Ancel. Si cette glande a un développement et un fonctionnement normal, les organes génitaux se développent et les caractères sexuels secondaires apparaissent. Si cette glande ne se développe pas, les organes génitaux restent infantiles et les caractères sexuels secondaires n'apparaissent pas. On peut donc en conclure que le syndrome somatique, qui caractérise l'infantilisme, est dû à l'insuffisance fonctionnelle de la glande interstitielle du testicule. S'il était besoin de démontrer cette proposition, il suffirait de dire qu'il n'existe aucune expérience ni aucun fait clinique permettant de croire que la glande interstitielle du testicule est étrangère au développement des organes génitaux et des caractères sexuels secondaires, et aussi qu'il n'existe aucun cas d'infantilisme (tel que nous l'avons défini) coexistant avec l'intégrité, anatomiquement démontrée, de la glande interstitielle du testicule.

Mais l'expérience et la clinique ont démontré que, d'une part, la destruction ou l'atrophie de la *glande thyroïde* chez l'enfant déterminent un infantilisme typique, avec arrêt de développement des organes génitaux et absence d'apparition des caractères sexuels secondaires, et que, d'autre part, la destruction expérimentale ou pathologique de l'*hypophyse* chez l'enfant a les mêmes conséquences. Certains auteurs se sont demandé si, à côté de l'infantilisme d'origine testiculaire il n'existe pas un infantilisme d'origine thyroïdienne, et un infantilisme d'origine hypophysaire.

Etant donné ce que nous savons de l'action de la glande interstitielle sur le développement des organes génitaux et l'apparition des caractères sexuels secondaires, étant donné, d'autre part, qu'il n'existe pas un seul exemple d'infantilisme thyroïdien ou pituitaire dans lequel la glande interstitielle du testicule ait été trouvée intacte, on peut, on doit admettre que l'insuffisance thyroïdienne et l'insuffisance hypophysaire ne produisent l'infantilisme que par l'intermédiaire de la glande interstitielle du testicule. Cette opinion devient bien naturelle quand on songe au nombre de faits cliniques et expérimentaux qui démontrent d'une manière si frappante l'influence des lésions thyroïdiennes ou pituitaires sur le testicule.

Il y a donc lieu d'admettre qu'il existe des cas d'infantilisme dans lesquels la lésion testiculaire est primitive, et des cas dans lesquels cette lésion est secondaire à une lésion thyroïdienne on hypophysaire.

En présence d'un cas d'infantilisme, il est extrêmement intéressant de rechercher si l'on a affaire à nn infantilisme testiculaire primitif, on secondaire à une lésion thyroïdienne ou pituitaire, en d'antres termes et pour simplifier, de rechercher s'il s'agit d'un infantilisme testiculaire, thyroïdien, ou hypophysaire.

Or la suppression de la glande testiculaire pendant l'enfance, avant la puberté, produit, outre l'infantilisme, un certain nombre de modifications anatomiques et physiologiques d'ordre général, particulièrement du côté du squelette. L'observation des enuques, l'observation des castrats naturels, enfin et surtout l'expérimentation, prouvent que la glande interstitielle du testicule a une influence notable sur le développement du squelette et sur l'ossification. Cette action se traduit par une *persistance des cartilages de conjugaison au-delà des limites normales*. Les os longs s'accroissent plus longtemps que chez l'individu normal. Ils continuent à s'accroître alors que chez l'individu normal leur croissance est arrêtée.

D'autre part la suppression de la glande thyroïde avant la puberté, produit, outre l'infantilisme, un arrêt complet de la croissance, et des modifications spéciales des tissus mous qu'on désigne sous le nom de myxœdème.

Enfin, la suppression de la glande pituitaire produit, outre l'infantilisme, un arrêt complet de la croissance.

Il doit donc y avoir des infantiles grands à croissance osseuse prolongée (les testiculaires primitifs), des infantiles petits et myxœdémateux (les thyroïdiens), et des infantiles nains (les hypophysaires). En réalité, cette classification est trop simpliste et des faits bien observés démontrent que l'infantilisme peut résulter d'une viciation de l'une de ces glandes endocrines, non supprimée, mais viciée. C'est ainsi qu'il existe des infantiles géants, acromégaliques, chez lesquels on a trouvé une glande pituitaire volumineuse, siège d'une tumeur ou de modifications anatomiques mal déterminées, chez lesquels le squelette s'est accru d'une façon démesurée.

Quoi qu'il en soit, la persistance des cartilages de conjugaison au-delà des limites normales existe constamment chez tous les infantiles et ceci est une preuve de plus, s'il en était besoin, du rôle constant du testicule dans l'apparition de l'infantilisme.

Nous avons eu la bonne fortune d'observer en même temps, à l'Hôpital civil de Nancy, dans le service de notre Maître, M. le Professeur Weiss, deux cas d'infantilisme dont le rapprochement est extrêmement intéressant : l'un est un infantile testiculaire primitif, l'autre est un infantile thyroïdien primitif.

I. *Cas I.* — P. G..., âgé de 29 ans, camionneur. A un frère et une sœur bien portants et ayant des enfants normaux. Son père est mort bacillaire.

Jusqu'à l'âge de 16 ans, n'a jamais été malade. A 16 ans, a été atteint d'une crise de rhumatisme articulaire aiguë. Depuis, il s'est toujours bien porté. Il entre à l'Hôpital pour une fracture du tiers inférieur de la jambe droite.

Le blessé présente des caractères tout à fait frappants.

Les organes génitaux sont très rudimentaires : les bourses petites et atrophiées renferment deux testicules du volume d'un haricot ; la verge, très grêle, mesure 2 centimètres de longueur : le pubis est absolument glabre. Cet homme n'a jamais eu aucun appétit sexuel ; depuis cinq ou six ans, il est atteint, tous les six mois environ, d'une crise de priapisme, non suivie d'éjaculation, qui est très douloureuse. Pendant son séjour à l'Hôpital, nous avons été témoins d'une de ces crises qui dura plusieurs jours pour cesser spontanément.

Le système pileux du tronc est absent, ou à pen près. La face est absolument imberbe; quelques poils seulement dans les aisselles.

La peau est fine et molle, doublée d'un tissu adipeux très marqué. La voix est absolument grêle et à timbre infantile. Il y a un très léger développement de la glande mammaire ; pas de modification apparente de la glande thyroïde.

Les membres sont longs et grêles avec des reliefs musculaires peu marqués. Les mensurations donnent les résultats suivants :

Taille du sujet, 1 mètre 73 ; longueur du bras, 32 centimètres ; longueur de l'avant-bras, 28 centimètres ; longueur de la cuisse, 50 centimètres ; longueur de la jambe, 41 centimètres.

Le thorax est étroit, le bassin élargi : diamètre bicrête, 39 centimètres ; diamètre bi-iliaque, 30 centimètres.

Au point de vue psychique, cet homme paraît normal. Les fonctions intellectuelles semblent normalement développées.

Nous avons fait radiographier le squelette de cet homme et avons pu constater que les cartilages de conjugaison ne sont pas encore soudés.

II. *Cas II.* — L. T..., 28 ans, ouvrier imprimeur. A encore ses parents, qui sont bien constitués et de taille normale. Jusqu'à l'âge de 13 ans, il fut absolument sain et semblable à tous les autres enfants. Il était intelligent, et obtint facilement son certificat d'études primaires.

A l'âge de 13 ans, il présenta des troubles de natnre indéterminée, avec céphalée, constipation, troubles mal définis, méningisme ? anémie ? et, pendant plusieurs années, il ne put plus se livrer à aucun travail régulier. A 20 ans, il fut réformé pour sa petite taille.

Actuellement, il jouit d'une santé généralement bonne ; il est venu à l'Hôpital, demandant des soins pour une coxa-vara gauche.

C'est un homme dont la taille est de 1mètre 46, et qui présente les caractères spéciaux suivants :

Les organes génitaux sont tout à fait rudimentaires ; les bourses sont petites et flasques ; les testicules existent, mais sont très petits (volume fève) ; la verge est très petite et mesure 2 cent. 5 de longueur. Il n'y a pas trace de poils sur le pubis. Cet homme n'a jamais eu le moindre appétit sexuel.

Le système pileux du tronc est absent ; la face est absolument glabre.

La face est pâle et bouffie ; les paupières présentent une sorte de gonflement sacciforme, résistant. L'infiltration cutanée a effacé les plis du visage ; les traits sont épaissis ; le nez épaté, les lèvres, pâles et décolorées, épaissies et rigides. Le visage tout entier a une expression d'impassibilité. Sur tout le corps, d'ailleurs, la peau est épaisse et infiltrée, de coloration jaunâtre. Le corps thyroïde n'est pas perceptible à la palpation. Les membres sont petits et grêles. Les mensurations donnent les résultats suivants : longueur dn bras, 30 centimètres ; longueur de l'avant-bras, 25 centimètres ; longueur de la cuisse, 41 centimètres ; longueur de la jambe, 39 centimètres.

Le bassin mesure 25 centimètres (diamètre bicrête) et 21 centimètres (diamètre bi-iliaque).

La voix est grêle, tout à fait infantile. Les fonctions psychiques paraissent assez peu développées.

La radiographie montre aussi chez cet homme la persistance très nette des cartilages de conjugaison.

En résumé, voilà deux types d'infantilisme très caractérisés qui sont nettement, l'un un infantile testiculaire primitif et l'autre un infantile thyroïde primitif (1).

(1) Soc. de médec. de Nancy.

REVUE DE CHIRURGIE

Ostéome éburné sous-muqueux pédiculé du V lingual

Par le Dr MONSARRAT

Au mois de janvier dernier, une femme de 32 ans est adressée à ma clinique par le Dr Mazet. Elle se plaint de sa respiration nasale insuffisante.

Depuis son enfance elle a eu des croûtes dans le nez qui ont augmenté au moment où elle a fait une rougeole, seule maladie qui l'ait jamais alitée. Sa constitution est plutôt robuste ; elle a une taille de 1 m. 64; elle a l'aspect d'une personne très bien portante; elle est mère de deux enfants, une fille âgée de 6 ans et un garçon de 5 ans en très bonne santé ; ses couches ont été normales et nous ne relevons aucune tare héréditaire ou personnelle.

L'examen de ses fosses nasales nous fait voir une grande déviation de la cloison à gauche, et la fosse nasale droite est si grande que l'on pourrait croire à une rhinite atrophique. Mais nous ne relevons aucun symptôme d'ozène ; seule, la sécrétion nasale est exagérée et légèrement purulente ; l'odorat est intact, l'éclairage des sinus frontaux et maxillaires ne révèle rien d'anormal. En poursuivant notre examen spécifique, nous ne découvrons qu'une gorge en parfait état, le toucher rhino-pharyngien nous fait sentir une muqueuse un peu trop épaisse que nous désignons depuis longtemps sous le vocable de pachy-pharyngite.

Nous regardons ensuite les cordes vocales au miroir, elles sont normales, pas d'amygdale linguale ; mais à trois ou quatre millimètres au-dessous du V lingual une petite tumeur placée exactement sur la ligne médiane attire vivement notre attention par son implantation insolite ; la malade interrogée à ce sujet déclare ignorer sa présence et n'en être nullement incommodée. Le dentiste qui la soigne habituellement n'avait jamais vu la tumeur et cependant, avec un abaisse-langue poussé profondément, on la voit faisant une légère saillie ; un stylet la fait remuer facilement et l'on s'aperçoit vite qu'elle est pédiculée. Au toucher digital, la tumeur fuit sous le doigt et nous rappelle un polype nasal assez volumineux ; aujourd'hui, après trois mois de macération dans l'alcool, elle mesure 13 mm. sur 8, mais avant son ablation elle paraissait beaucoup plus volumineuse.

Nous proposons à la malade de lui enlever sa tumeur, jugeant inutile de laisser en place cette anomalie qui pourrait arriver à la gêner ; l'opération est acceptée et facilement exécutée, à l'aide d'un serre-nœud (hémorragie insignifiante). Nous recueillons la pièce et nous sommes très surpris par sa dureté quasi-pierreuse ; en effet, la laissant tomber d'une certaine hauteur sur le plateau à instruments, on entend un choc analogue à celui que ferait un caillou enveloppé dans un linge. Nous confions l'examen histologique à notre ami le Dr Durante et ce n'est qu'au bout d'un mois d'attente qu'il peut nous communiquer le résultat suivant :

« Tumeur pédiculée du V lingual, tumeur du volume d'un noyau de cerise et extrêmement dure, sonnant comme de la pierre ; une tranche en est isolée à la scie qui ne l'entame que difficilement ; décalcification à l'acide picrique et à l'acide nitrique ; le ramollissement étant nul même en surface, au bout de dix jours on est obligé de tripler le pourcentage d'acide nitrique ; au bout de trois semaines seulement, la décalcification de cette tranche mince est suffisante, mais le tissu demeure extrêmement résistant. Les coupes montrent que la tumeur est constituée par un tissu osseux absolument régulier, mais excessivement compact, les canaux de Havers sont larges et très étroits ; entre les lamelles osseuses qui dessinent de larges systèmes circulatoires ou ovoïdes les cellules osseuses sont peu nombreuses. Cet os éburné qui forme toute la tumeur est enveloppé d'une mince muqueuse à épithélium pavimenteux stratifié sans glandes, mais sous-tendue par une mince couche de tissu conjonctif, qui se confond avec le périoste de la tumeur osseuse.

En fait, c'est un ostéome éburné sous-muqueux du V lingual ; aucune trace inflammatoire dans la muqueuse ni dans le tissu cellulaire sous-muqueux, aucun foyer d'inflammation dans l'os au niveau des coupes (1).

REVUE D'UROLOGIE

Localisation des calculs urinaires dans le bassinet

Par M. le Docteur ARCELIN

Lorsque les contours du rein sont visibles par la radiographie, il est très facile de dire dans quelle région du rein se trouvent le ou les calculs. En particulier, cette localisation est intéressante lorsqu'il est question d'opérer un calcul par pyélotomie.

Cette visibilité des contours du rein indique la position du calcul par rapport à l'organe. Elle montre en particulier le degré d'extériorisation du calcul. En suivant la série de nos radiographies de malades opérés par pyélotomie soit par Rafin, soit par Giuliani, nous constatons qu'il existe trois positions types de calcul par rapport au hile du rein :

1° Le calcul peut se montrer, sur la radiographie, complètement en dehors du hile ; l'ombre du rein et celle du calcul se touchent sans superposition aucune. Il est permis alors de penser à un bassinet bien extériorisé, facilement abordable au moment de l'intervention si le pédicule n'est pas trop court et ne gêne pas dans les manœuvres d'extériorisation du rein ;

2° Chez d'autres sujets, l'ombre du calcul est recouverte à moitié par l'ombre du rein ; il s'agit alors d'un bassinet moins extériorisé que dans l'hypothèse précédente, mais cependant abordable si toutes les autres circonstances opératoires le permettent ;

3° Enfin, il arrive que l'ombre du calcul située au niveau du hile est recouverte entièrement par l'ombre rénale. Lorsque plusieurs épreuves montrent cette situation réciproque du rein et du calcul, on est amené légitimement à croire le calcul situé dans un bassinet non extériorisé. Même dans ce cas, la pyélotomie est possible, nous en avons déjà publié des exemples.

En dépit des progrès de la technique radiographique, chez certains malades, les contours du rein restent invisibles. Il n'est donc plus possible alors de dire, par la simple radiographie, si le calcul est situé dans le bassinet ou non. Certains auteurs, en particulier M. Bazy dans la thèse de son élève, M. Moyrand, ont cherché à combler cette lacune en localisant les calculs dans le bassinet non d'après les contours du rein, mais d'après leur position par rapport à la colonne vertébrale. « Toutes les fois que la radiographie montre une ombre calculeuse placée de telle sorte que la distance qui sépare le bord interne du calcul de la ligne médiane n'excède pas 5 centimètres en moyenne, on peut conclure que le calcul est placé dans le bassinet, sous réserve que cette ombre est comprise entre les apophyses transverses de la première et de la deuxième vertèbres lombaires (2) ».

Un repère aussi fixe et aussi constant serait très appréciable et rendrait les plus grands services. Malheureusement, en pratique, les calculs du bassinet peuvent occuper des positions beaucoup plus éloignées de la colonne et plus basses. Nous avons déjà publié des exemples dans le *Journal d'Urologie* et dans les *Archives d'Electricité médicale*, avec confirmation opératoire.

Chez certains malades, l'ombre du calcul s'éloigne jusqu'à 75 millimètres de la ligne médiane, tout en étant au niveau des deux premières vertèbres lombaires ; chez d'autres, les calculs moins éloignés de la ligne médiane se trouvent plus bas, au niveau de la troisième vertèbre lombaire. Enfin, quelques calculs se trouvent dans les limites indiquées par M. Moyrand.

Voilà à quelles conclusions nous a amené l'observation méthodique de seize pyélotomies pratiquées par Rafin et deux par M. Giuliani.

Dernièrement, à notre étonnement, MM. Legueu, Papin, et Maingot se sont élevés contre nos conclusions en disant : « Les exemples qu'ils figurent de calculs se projetant hors de la zone indiquée par Moyrand ne sont pas des calculs du bassinet, mais des calculs des calices en grande partie, et il nous semble que Moyrand n'a pas eu en vue de pareilles formations (1). »

Nous sommes d'autant plus surpris de cette opinion émise gratuitement qu'aucun de ces auteurs n'a assisté à nos interventions ni étudié méthodiquement nos plaques radiographiques.

Nos documents radiographiques restent comme preuves de la position occupée par les calculs. Au moment de l'intervention, les calculs ont pu être sentis dans le bassinet, au niveau du hile du rein, bien souvent même ils ont été pincés dans le bassinet entre deux doigts, l'un placé contre sa face antérieure, l'autre contre sa face postérieure. L'incision de la paroi du bassinet a été faite habituellement sur le calcul. Le calcul a été extrait par pression sur la paroi antérieure du bassinet. Sans insister davantage, Rafin et moi avons la certitude d'avoir eu affaire à des calculs du bassinet. Nous ne voulons pas rappeler ici tous les détails donnés dans nos travaux antérieurs (2). A ce propos, j'ajouterai simplement que la mobilité rénale est un fait bien connu en anatomie et en chirurgie. Il n'est pas étonnant par conséquent qu'un calcul puisse se trouver dans le bassinet d'un rein abaissé ou éloigné de la colonne vertébrale. Les localisations faites sur le vivant par pyélotomie montrent des bassinets dans des situations identiques à celles qu'indiquent certains calculs du rein opérés par pyélotomie. Il suffit par exemple d'ouvrir le bel ouvrage de M. Legueu, Papin et Maingot à la page 184 pour voir un bassinet injecté de collargol au niveau de la 3e vertèbre lombaire. Un calcul pouvait se trouver dans ce bassinet, en dehors par conséquent de la zone indiquée par MM. Bazy-Moyrand (3).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Recalcification

M. le Dr Galliot rapporte dans *Les Archives de Médecine des Enfants* (n° 4) avoir traité depuis trois ans, à la consultation de l'hôpital Rothschild un bon nombre de petits malades par la méthode de Ferrier et avoir obtenu d'excellents résultats. Il est intéressant de constater que ces petits malades sont tous des enfants pauvres, vivant dans leur famille à Paris, n'ayant pu échapper à l'air malsain de la grande ville, on peu s'en faut (quinze jours à trois semaines pendant les vacances) et on a pu ainsi les suivre régulièrement.

M. Galliot a eu plutôt l'occasion d'expé-

(1) *Soc. de médec. de Paris.*

(2) Moyrand. Contribution à l'étude de la pyélotomie, p. 40.

(1) L'exploration radiographique de l'appareil urinaire, p. 175.

(2) Calculs du rein et de l'uretère, p. 84.

(3) Soc. des sciences médic. de Lyon.

rimenter la méthode Ferrier sur des malades à la première ou à la deuxième période de leur tuberculose pulmonaire, ou atteints d'adénopathie trachéo-bronchique.

Il a banni, à l'instar de Ferrier, toute suralimentation, adjoignant au régime des cachets de sel de chaux et de magnésie additionnés de 1 à 3 centigrammes d'Arrhénal, suivant l'âge, pour un cachet. Ces cachets seront remplacés avantageusement par la Tricalcine pure, adrénalinée ou méthylarsinée suivant le cas, la stabilisation de ces produits ayant donné les meilleurs résultats.

Le Dr Galliot a ajouté à cette médication l'huile de foie de morue, bien que proscrite par Ferrier; vu ses qualités thérapeutiques, elle ne risque pas, surtout en petite quantité, d'entraver ni de surcharger les fonctions hépatiques.

En tout cas, les petits malades se sont bien trouvés de cette méthode et on dégage des observations du Dr Galliot que cette médication a eu une influence heureuse sur la tuberculose pulmonaire infantile. Il a été constaté une amélioration appréciable de l'état général; non seulement les enfants cessent de maigrir, mais encore ils augmentent de poids; leur croissance, avant entravée, reprend son cours régulier, et, quoique toujours un peu vétilleux, ils vivent en somme comme les enfants de leur âge.

On ne peut donc que recommander cette méthode, seule possible dans les milieux pauvres, car elle peut être toujours utile et susceptible de rendre bien des services.

REVUE DE PHYSIOLOGIE

Persistance de l'impression des images de la rétine

Par M. le Docteur CALLAERT (Anvers)

L'image produite dans l'œil par une lumière qui le frappe, y persiste pendant une demi-seconde (Plateau). Il y a persistance continue lorsque l'éclat lumineux est répété au moins 10 fois par seconde, l'image reproduit les formes, non les couleurs des objets (Serré d'Uzès), la période de persistance est plus courte par des éclairages forts; elle varie en sens inverse de la racine carrée de la durée de l'excitation; elle augmente en raison de la fatigue rétinienne (Charpentier). Ces faits ont été établis par l'expérience.

La nature et la localisation de la persistance des images rétiniennes ont été moins bien élucidées.

Est-ce un effet physico-chimique produit dans la rétine ?

Est-ce une excitation consécutive du nerf optique ou du cerveau ?

Est-ce un phénomène purement psychique ? Sans répondre à ces questions, l'auteur désire relater un cas de persistance quelque peu anormale des images rétiniennes et certaines particularités qui l'accompagnent — fait observé depuis un an sur lui-même en jouant d'un instrument bien connu de tous, le phonola.

C'est un mécanisme s'adaptant à tout piano et permettant à chacun de jouer tout morceau de musique représenté sur un rouleau de papier perforé. Le rouleau placé dans l'appareil est mis en mouvement par un jeu de pédales et se déroule progressivement sur ce qu'on appelle une flûte de Pan.

Il existe 2 espèces de rouleaux les uns (phonola) comptent 73 tons, les autres (pianola) 65 tons — les premiers se déroulent d'arrière en avant, les seconds d'avant en arrière par rapport à l'exécutant. Le piano qui a permis la constatation du phénomène renferme un double mécanisme permettant de jouer tantôt l'une, tantôt l'autre catégorie de rouleaux.

Le déroulement doit être attentivement suivi et fixé d'une façon continue si on veut arriver à une exécution parfaite. Après avoir joué sans interruption quelques rouleaux, l'orateur voit nettement en fermant les yeux, leur image repasser devant lui, d'autant plus nette, que l'obscurité est plus grande, plus distinctement en fermant fortement les yeux. La période de persistance est en rapport avec la durée du jeu. Lorsque ce dernier a duré 1 ou 2 heures, les images persistent fréquemment jusqu'au lendemain matin, c'est-à-dire pendant 6 à 8 heures.

La persistance n'a lieu qu'avec un éclairage articiciel, elle fait défaut quand l'orateur joue à la lumière du jour. Les images perçues sont animées d'un mouvement inverse de celui des rouleaux joués, c'est-à-dire qu'elles se meuvent d'avant en arrière pour les rouleaux du phonola, d'arrière en avant pour ceux du pianola, il y a absence complète de persistance, lorsque, dans une même soirée, l'orateur a alternativement joué un rouleau à 73 tons et un rouleau à 65 tous.

A quoi faut-il attribuer la longue période de persistance ?

On peut invoquer l'éclairage modéré, la fatigue rétinienne, la durée de l'excitation contrairement à la formule de CHARPENTIER.

Ces conditions sont-elles suffisantes ? N'est-il pas permis de supposer un état particulier de la cellule nerveuse auquel est subordonnée la durée de l'impression lumineuse ?

Comment expliquer le manque absolu de persistance après avoir joué alternativement des rouleaux se déroulant en sens inverse ?

L'orateur se demande si la raison n'en est pas que les ondes visuelles sont comparables aux ondes sonores et qu'à l'instar de ces dernières, elles se neutralisent lorsqu'elles sont produites en sens contraire.

Enfin, pourquoi les images persistantes sont-elles animées d'un mouvement de sens inverse au déroulement des rouleaux ?

Cette question touche au problème de la vision droite qui, jusqu'ici, n'a pas reçu de solution extrêmement satisfaisante, malgré les plus savantes théories.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Quand peut-on rompre les membranes avant la dilatation complète ?

Voici dans quelles circonstances il est permis, d'après le Pr Charles d'opérer la rupture prématurée des membranes pendant l'accouchement :

1° Quand on craint une inertie utérine et que le *sommet* est suffisamment engagé pour dilater le col sans l'aide de la poche des eaux. S'il y a hydropisie de l'amnios, on ouvre les membranes assez haut, afin d'avoir un écoulement modéré et continu du liquide; on agit de même dans les accouchements trop rapides, *afin de retarder le travail*; on évite de cette façon la déplétion brusque de l'organe ;

2° Pour fixer la présentation, lorsque le sommet a été ramené au détroit supérieur et que le fœtus, trop mobile, tend à reprendre sa *situation* vicieuse malgré le bandage abdominal ;

3° Dans l'insertion latérale du placenta, lorsque la présentation est favorable ;

4° Pour essayer de mettre fin à des convulsions qui sembleraient dépendre d'une trop grande distension de l'utérus, ou à une perte provenant d'un décollement du placenta amené par la résistance des membranes ;

5° Dans tous les cas où il y a nécessité de terminer l'accouchement, car il n'est pas permis d'appliquer le forceps sur les membranes (si celles-ci résistaient, en effet, elles attireraient le placenta avec elles) ;

6° Quand, *tout en se trouvant dans les conditions normales*, la marche du travail ne paraît pas en relation avec l'énergie des contractions : on voit seulement, après l'écoulement des eaux, la dilatation se compléter en quelques instants, et l'expulsion se terminer sans tarder. Cependant pour éviter des ennuis, et parfois des accidents sérieux, il convient en ce dernier cas de n'employer la rupture prématurée que d'une façon judicieuse.

REVUE D'HYGIÈNE

Les eaux du Léman et l'hygiène

Paris manque d'eau !

Depuis plusieurs années déjà, pour remédier à cette insuffisance, on se propose de procéder à l'adduction de sources nouvelles.

Mais, où prendre celles-ci ? La question est d'importance. On ne saurait en effet songer à capter à grands frais des sources quelconques. Les eaux qu'il faut amener à Paris doivent présenter diverses qualités indispensables. Elles doivent, avant tout, présenter de parfaites garanties de salubrité et elles doivent aussi être en assez grande abondance pour que, malgré les besoins d'une population sans cesse croissante, l'on puisse avoir toute certitude de n'en point manquer d'ici à une période de temps éloignée.

En ces dernières années, divers projets plus ou moins intéressants ont été présentés à cet effet, et parmi ceux-ci, il convient plus particulièrement de retenir certaines propositions en vue de l'adduction à Paris des eaux du lac de Genève.

L'idée première d'une semblable entreprise, assurément fort séduisante en elle-même, remonte à 1890, époque où M. Dervillard, fit à la Société des Ingénieurs civils de France sa communication sur « les Eaux du lac de Genève à Paris ».

C'est, en effet, que le lac constitue un immense réservoir, en l'espèce inépuisable, où il semble que l'on pourrait puiser sans crainte de le voir jamais devenir incapable de subvenir aux besoins de la population parisienne, quel que soit son accroissement.

Mais, en dépit des apparences premières, le projet est-il réellement aussi favorable qu'on pourrait être tenté de le supposer.

Une longue et laborieuse enquête dont les résultats viennent d'être publiés dans un copieux et remarquable rapport : *Etude hygiénique et hydrologique sur le projet d'adduction des eaux du Léman à Paris* (1), que M. le docteur Henry Thierry, chef des services techniques d'hygiène de la Ville de Paris faisait paraître dernièrement, montre qu'au point de vue de l'hygiène, — celui qui, en l'espèce, doit primer tous les autres — le projet pourrait bien, s'il était réalisé, donner lieu à de sérieux mécomptes.

C'est qu'au point de vue bactériologique et chimique, l'eau du Léman est loin de toujours donner, à beaucoup près, toutes les garanties désirables.

Suffisamment minéralisée, contrairement à ce que l'on aurait pu craindre étant données leur origine, les eaux du lac, par malheur, renferment trop fréquemment une fâcheuse flore microbienne. Des examens répétés ont en effet montré que ces eaux sont souvent souillées par des bactéries pathogènes, en particulier par le *Bacterium Coli*.

Le fait, au reste, n'a rien de surprenant. Comme le remarque fort justement M. le docteur Thierry « le lac Léman, comme tous les lacs

(1) Une forte brochure in-4°, publiée par les soins de la Préfecture du département de la Seine.

suisses, malgré la beauté de ses eaux et leur auto-épuration indiscutable, est le collecteur des égonts de tout le littoral.

« Avec les années, les habitations et les agglomérations se feront plus nombreuses, plus rapprochées et plus importantes sur ses rives. Les causes de souillures se multiplieront en même temps. »

Or, ainsi que l'ajoute un peu plus loin le même auteur, il convient de noter que si « lorsqu'il s'agit de sources, on peut apporter des améliorations au périmètre d'alimentation, obturer des bétoires, supprimer les causes d'infection, enfin et par-dessus tout opérer la surveillance médicale du bassin sourcier et empêcher la contamination de la nappe souterraine par les germes pathogènes; sur un lac dont les rives sont habitées, rien de semblable n'est possible : aucun progrès n'est réalisable ».

Mais ce n'est pas tout ! Au cours de son beau travail, M. le docteur Thierry soulève encore une autre question des plus intéressantes pour les médecins et les hygiénistes: celle de savoir si l'on n'aurait pas à redouter de voir s'implanter chez nous, du fait de l'arrivée des eaux du lac, l'endémie goitreuse.

En d'autres termes, se demande M. le docteur Thierry, les eaux du Léman sont-elles goitrigènes ?

Encore que la question ne soit encore pas absolument résolue par l'affirmative, il y a lieu de s'en préoccuper. On sait, en effet, que dans la région avoisinant le grand lac franco-suisse, le goitre se rencontre en abondance.

A Genève, en particulier, il est très fréquent, souvent, il est vrai à l'état fruste et peu développé.

Toutes ces considérations si bien mises en lumière par M. le docteur Therry dans son beau travail méritent, comme l'on voit, de retenir longuement l'attention des membres de la Commission spéciale qui, dans un temps désormais prochain, vont se trouver appelés à examiner les projets d'adduction d'eau potable dès à présent soumis au Conseil municipal de la ville de Paris.

Nul doute qu'elles ne soient le temps venu, sérieusement examinées pour le plus grand bénéfice de la population parisienne.

REVUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Maladies professionnelles

Le projet de loi voté par la Chambre des Députés le 3 juillet prévoit l'indemnisation, sur les mêmes bases que les accidents du travail, des maladies d'origines professionnelles ; sont considérées comme maladies professionnelles les affections aiguës ou chroniques, mentionnées aux tableaux ci-après, lorsqu'elles atteignent des ouvriers habituellement occupés aux travaux industriels correspondants.

1° Saturnisme professionnel (Maladies causées par le plomb et ses composés.)

DÉLAI DE RESPONSABILITÉ : UN AN

MALADIES engendrées par l'intoxication saturnine	TRAVAUX INDUSTRIELS susceptibles de provoquer l'intoxication saturnine des ouvriers
Coliques de plomb............. Myalgies, arthralgies.......... Paralysies des extenseurs...... Encéphalopathie............... Hystérie saturnine............ Anémie progressive saturnine.. Néphrite...................... Goutte saturnine..............	1. Métallurgie et affinage du plomb. 2. Fonte, laminage et ajustage du plomb et de ses alliages. 3. Fonte des caractères d'imprimerie et alliage de plomb. 4. Fabrication des poteries dites d'étain en alliage de plomb. 5. Cintrage des tubes d'instruments de musique à l'aide de plomb. 6. Soudure à l'aide d'alliage de plomb. 7. Conduite des machines à composer utilisant un alliage de plomb. 8. Etamage à l'aide d'alliage de plomb. 9. Fonte de jouets en alliage de plomb 10. Fabrication des capsules métalliques pour bouteille en alliage de plomb. 11. Dessoudure des vieilles boîtes de conserves. 12. Montage des canalisations et des revêtements en plomb. 13. Manipulation des caractères d'imprimerie en alliage de plomb. 14. Taille des limes sur enclume revêtue d'une feuille de plomb. 15. Travail des métaux dans des étaux à mâchoires garnies de plomb. 16. Conduite des métiers Jacquard munis de contre-poids en plomb. 17. Fabrique de sels du plomb (céruse, minium, litharge, chromate de plomb, etc). 18. Broyage des couleurs à base de plomb. 19. Peinture de toute nature comportant l'emploi de couleurs plombifères. 20. Fabrication des accumulateurs au plomb. 21. Fabrication et manipulation des mastics plombifères. 22. Montage des canalisations comportant des joints en mastic plombifère. 23. Fabrication des huiles siccatives et des vernis plombifères. 24. Fabrication de la poterie et de la faïence avec des émaux plombifères. 25. Décoration de la porcelaine à l'aide de produits plombifères. 26. Fabrication du cristal. 27. Emaillage des métaux à l'aide d'émaux plombifères. 28. Fabrication des toiles cirées et des cuirs vernis. 29. Vernissage et laquage à l'aide de produits plombifères. 30. Report de dessins sur étoffes à l'aide de poncifs à la céruse. 31. Blanchissage de dentelles à l'aide de céruse. 32. Teinture à l'aide de couleurs à base de plomb. 33. Fabrication des fleurs en papier teint à l'aide de couleurs plombifères. 34. Fabrication des papiers satinés à l'aide de produits plombifères. 35. Polissage des glaces à l'aide de « potée d'étain ». 36. Travaux comportant l'usage d'appareils divers en plomb.

2° Hydrargyrisme professionnel (Maladies causées par le mercure).

DÉLAI DE RESPONSABILITÉ : UN AN

MALADIES engendrées par l'intoxication mercurielle	TRAVAUX INDUSTRIELS susceptibles de provoquer l'intoxication mercurielle des ouvriers
Stomatite mercurielle......... Tremblements mercuriels...... Troubles nutritifs mercuriels.. Cachexie mercurielle.......... Paralysies mercurielles.......	1. Distillation du mercure. 2. Fabrication des lampes à incandescence et des ampoules radiographiques à l'aide de trompes à mercure. 3. Fabrication des baromètres, manomètres et thermomètres à mercure. 4. Dorure, argenture, étamage au mercure. 5. Fabrication des sels de mercure (azotate, chlorures, cyanure, etc.). 6. Sécrétage des peaux par le nitrate acide de mercure. 7. Fabrication des chapeaux de feutre. 8. Travail des fourrures et pelleteries à l'aide des sel de mercure. 9. Bronzage et damasquinage à l'aide de sels de mercure. 10. Empaillage d'animaux à l'aide de sels de mercure. 11. Fabrication des amorces au fulminate de mercure. 12. Désinfection des locaux par une solution de bichlorure de mercure.

CARNET DU PRATICIEN

Contre l'érythrasma

Frictions quotidiennes avec un pinceau d'ouate hydrophile imbibé de :

Teinture d'iode fraîche.....	20 grammes
Liqueur d'Hoffmann........	180 —

Frictionner assez durement pour décortiquer l'épiderme corné mort, soulevé par le parasite. Laisser sécher un instant puis appliquer une très mince couche de la pommade suivante :

Calomel à la vapeur...	0 gr. 30 centigr.
Tanin à l'éther.......	0 gr. 30 —
Vaseline..............	30 grammes

Renouveler cette toilette chaque jour après avoir auparavant savonné la région avec un savon blanc de toilette.

Continuer durant huit ou dix jours.

Après dix jours, cesser le traitement, mais surveiller la région, car il n'est pas rare, après trois semaines, de voir en un point reparaître une tache rouge qui s'étend, s'arrondit et reprend les caractères initiaux de l'érythrasma. Dans ce cas, reprendre le traitement comme la première fois, et, huit ou dix jours plus tard, on parvient à la guérison qui, cette fois est complète.

Contre les gerçures des mains

1° Deux fois par jour lotions avec ce mélange :

Eau de laitue..............	200 grammes
Glycérine pure.............	50 —
Teint. de baume du Pérou	15 —
Salicylate de soude........	4 —

ou se frotter les mains, matin et soir, avec quelques gouttes de :

Eau de rose...............	100 grammes
Glycérine neutre à 30°.....	30 —
Tanin.....................	0 gr. 50

2° Mettre le soir sur les parties malades, soit de la lanoline pure, soit une petite quantité de la préparation suivante :

Menthol...................	1 gr. 50
Salol.....................	2 grammes
Huile d'olive.............	10 —
Lanoline..................	50 —

(Brocq)

Lupus érythémateux.

Appliquer chaque jour au pinceau sur la région malade :

Pyrogallol................	2 gr. 50
Alcool....................	25 —
Ether.....................	25 —

Etendre ensuite la pâte suivante :

Vaseline..................	10 grammes
Lanoline..................	10 —
Amidon....................	8 —
Oxyde de zinc.............	9 —
Pyrogallol................	2 —
Résorcine.................	0 gr. 50
Calomel...................	0 gr. 50

Ou encore, comme le prescrit souvent le professeur Gaucher, un mélange de teinture d'iode et d'acide acétique.

Teinture d'iode...........	10 grammes
Acide acétique glacial.....	10 —

On peut enfin, souvent avec avantage, recourir à l'emploi d'une solution concentrée de permanganate de potasse à 1 pour 50 ou 1 pour 30, en badigeonnages.

Acné vulgaire

Pratiquer le soir en se couchant une lotion avec la solution suivante :

Sulfate de zinc............	8 grammes
Sulfure de potassium.......	8 —
Eau de roses...............	350 —

Agiter avant usage.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J.-Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. Zante

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et l'Italie

PAR LE MONT-CENIS

ALLER (départ de Paris): 2 h. 30 soir, V.-L.; L.-S.; 1re et 2e classes jusqu'à Turin.

ALLER: 10 h. 30 soir, V.-L.; 1re et 2e jusqu'à Rome. L.-S. jusqu'à Modane.

RETOUR (départ de Rome): 9 h. 15 soir, V.-L.; 1re et 2e classes depuis Turin; L.-S.; 1re classe, depuis Modane.

RETOUR: 8 heures matin, V.-L.; L.-S.; 1re et 2e classes depuis Turin; V.-R depuis Dijon.

RETOUR: 2 h. 40 soir, 1re et 2e classes depuis Rome.

De Paris à Guernesey et vice-versa: Billets valables par Granville et billets simples valables sept jours: 1re cl. 51,75. 2e cl. 34,90, 3e cl. 26,15; billets d'aller et retour valables un mois: 1re cl. 70,40, 2e cl. 47,25, 3e cl. 36; Billets valables par Granville et Saint-Malo, permettant d'effectuer l'excursion du Mont Saint-Michel comprise dans le prix du billet (itinéraire: Paris-Granville, Jersey, Guernesey, Saint-Malo, Pontorson, Mont Saint-Michel, Paris ou inversement): billets d'aller et retour valables un mois: 1re cl. 84,35, 2e cl. 56,10, 3e cl. 43,70; billets valables par Cherbourg et Aurigny et billets d'aller et retour valables un mois: 1re cl. 81.40, 2e cl. 57,40. 3e cl. 41,75.

Durée de validité: 30 jours (non compris le jour du départ) avec faculté de prolongation.

Les billets du parcours additionnel ci-dessus peuvent être demandés, soit au commencement du voyage, en même temps que le billet circulaire, soit à Toulouse-Matabiau, au moment du passage dans cette gare.

CHEMINS DE FER DU MIDI

BILLETS DE FAMILLE POUR LES STATIONS THERMALES

et Balnéaires des Pyrénées

Billets délivrés toute l'année dans les gares des réseaux du Nord (Paris-Nord excepté); de l'État, d'Orléans, du Midi et de Paris-Lyon-Méditerranée, suivant l'itinéraire choisi par le voyageur et avec les réductions suivantes sur les prix du tarif général pour un parcours (aller et retour compris) d'au moins 300 kilomètres: Pour une famille de deux personnes 20 0/0; de trois personnes, 25 0/0; de quatre personnes, 30 0/0; de cinq personnes, 35 0/0; de six personnes ou plus, 40 0/0.

Exceptionnellement pour les parcours empruntant le réseau de Paris-Lyon-Méditerranée, les billets ne sont délivrés qu'aux familles d'au moins quatre personnes et le prix s'obtient en ajoutant au prix de six billets simples ordinaires, le prix d'un de ces billets pour chaque membre de la famille en plus de trois.

Durée: 33 jours, non compris les jours de départ et de l'arrivée.

Faculté de prolongation moyennant supplément de 10 0/0.

Avis. — Un livret indiquant en détail les conditions dans lesquelles peuvent être effectués les divers voyages d'excursions de famille, etc., sera envoyé gratuitement à toute personne qui fera parvenir la demande au Service commercial de la Compagnie, 54, boulevard Haussmann, à Paris (9e arrondissement), le montant du livret, soit 0 fr. 25.

CHEMINS DE FER D'ORLÉANS

VOYAGES DANS LES PYRENEES

TARIF G. V. nº 105 (ORLÉANS)

La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des Billets d'excursions comportant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter le Centre de la France et les Stations balnéaires des Pyrénées et du Golfe de Gascogne.

1er ITINÉRAIRE. — Prix des billets: 1re cl. 164 fr. 50, 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjean, Bagnères-de-Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Puyôo-Bayonne Dax, ou Puyôo-Dax, Bordeaux, Paris.

2e ITINÉRAIRE. — Prix des billets: 1re cl. 163 fr. 50; 2e cl. 122 fr. 50. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).

3e ITINÉRAIRE. — Prix des billets: 1re cl. 164 fr. 50; 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne-Puyôo-Pau ou Puyôo-Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).





VARIÉTÉS

Professions salubres et Métiers dangereux

Le docteur Jacques Bertillon, chef des travaux de la statistique à la préfecture de la Seine, publie une « Etude de la mortalité générale dans chaque profession » qui contient d'intéressants aperçus.

Elle est divisée en quinze chapitres groupant les professions selon leurs causes de mortalité propres : Professions exposant à l'alcool ; professions exposant au saturnisme ; professions exposant aux déchets organiques ; professions exposant aux intempéries ; professions s'exerçant dans des locaux confinés ; professions libérales ; industries ; houtiquiers, etc... etc...

Ces groupes sont eux-mêmes subdivisés en une centaine de professions distinctes.

Les principales causes de mortalité indiquées sont l'alcoolisme, les maladies du poumon, du cœur, du foie et des nerfs, le diabète, le suicide et les accidents.

Sont les plus salubres les professions qui s'exercent à l'air libre, tout en permettant le mouvement. (Car celles qui s'exercent à l'air libre en interdisant le mouvement sont au contraire nuisibles).

Sont les plus dangereuses, les professions exposant à l'alcool et aux intoxications saturnines.

C'est chez les mécaniciens de chemin de fer, chez les scieurs de hois, chez les malteurs, chez les professeurs, chez les avocats et chez les membres du clergé que la mortalité est le plus faible.

Est assez faible aussi, quoique un peu plus élevée, la mortalité chez les médecins, les pharmaciens, les architectes, les clercs d'hommes de loi, les employés des postes et télégraphes, les voyageurs de commerce, les épiciers, les fruitiers, les chapeliers, les libraires, les quincailliers, les horlogers, les honnetiers, les tanneurs, les maçons, les cantonniers, les domestiques et les cochers dits « cochers domestiques ».

La mortalité dépasse la moyenne générale chez les fonctionnaires, les employés de hureau, les employés de tramways, les employés du gaz, les marchands de poissons et de volailles, les hijoutiers, les drapiers, les selliers, les houlangers, les meuniers, les houchers, les corroyeurs, les cordiers, les ébénistes les charretiers, les hateliers, les marins et les marchands de cycles...

Enfin les chiffres de la mortalité la plus élevée sont donnés par les journaliers, les onvriers des docks, les mineurs, les tailleurs de pierre, les employés de commerce, les cochers, les palefreniers, les grooms, les jockeys, les camelots, les imprimeurs, les forgerons, les couvreurs, les verriers, les messagers, les couteliers, les ramoneurs, les coiffeurs et les musiciens...

Pourquoi les avocats vivent-ils très vieux et les musiciens meurent-ils très jeunes? Pourquoi nos coiffeurs nous quittent-ils généralement plus tôt que nos libraires ou nos scieurs de hois? Ce sont là les mystères de la statistique.

Parmi les causes principales de mortalité figurent le diabète et le suicide.

Pour le diabète, M. Jacques Bertillon prouve qu'il n'atteint guère que les personnes d'une condition sociale élevée ou les gens à leur service : les fonctionnaires, les professeurs, les médecins, les avocats, les marchands de vin, les hôteliers et restaurateurs, les hrasseurs, les employés de hureau, les négociants, les fermiers, les domestiques et les memhres du clergé. C'est particulièrement chez les membres du clergé que les cas de diabète sont le plus fréquents.

Quant au suicide, il se rencontre à peu près dans toutes les professions.

Pourtant il est très rare dans le clergé, chez les fonctionnaires, chez les employés de chemins de fer, chez les employés des postes et télégraphes, chez les constructeurs de navires, chez les malteurs, chez les scieurs de hois, chez les gaziers, chez les libraires et chez les « cochers domestiques ».

Il est encore assez rare chez les tanneurs, chez les maçons, chez les fermiers, chez les cantonniers, chez les hateliers, chez les pêcheurs, chez les charrons, chez les mineurs, etc.

Mais il se rencontre à un degré déjà supérieur chez les épiciers, les quincailliers, les drapiers, les tonneliers, les honnetiers, les forgerons, les verriers, ébénistes, les marchands de tabac, les clercs de notaire et d'avoué, les professeurs, les architectes, les marins et les garde-chasse.

Enfin le suicide devient fréquent chez les hrosseurs, les couvreurs, les camelots, les couteliers, les chapeliers, les coiffeurs, les employés de commerce, les horlogers, les hijoutiers, les domestiques les crémiers, les marchands de poisson et de volaille, les jardiniers, les voyageurs de commerce, les avocats, les médecins et les pharmaciens, qui eu sont, d'après les travaux du docteur Jacques Bertillon, tributaires dans une proportion supérieure à la moyene.

Mais les cas de heaucoup les plus répandus, précise le *Bulletin municipal*, se rencontrent chez les déhitants d'alcool, les domestiques de débitants, les ramoneurs, les houchers, les fruitiers et les musicieus...

ÉCHOS

Faculté de médecine de Toulouse.

Le ministre de l'instruction publique vient d'approuver deux délibérations du conseil de l'Université de Toulouse instituant un diplôme d'hydrohiologie et pisciculture de cette université ainsi qu'un certificat d'études hydrologiques et en règlementant les conditions de scolarité.

Cet enseignement nouveau sera donné par l'institut d'hydrologie récemment créé à l'université de Toulouse. Il comprend des cours et conférences, des travaux pratiques et des excursions organisées pour permettre d'étudier sur le terrain l'hydrogéologie, le captage des sources, les aménagements thermaux. Citons, parmi les matières d'enseignement, la recherche et la surveillance des sources thermales, l'aménagement des stations, l'hygiène des haigneurs, la législation des stations thermales. Les cours, conférences et travaux pratiques commenceront dès la rentrée scolaire, le mois prochain, et seront continués jusqu'au 1er mai. L'enseignement sera donné par des professeurs de la faculté de médecine et de pharmacie, sous la direction du doyen. La scolarité aura une durée de deux ans.

Le nouvel hospice de Villejuif.

La loi de 1905 sur l'assistance ohligatoire a prescrit l'ouverture, pour ceux des vieillards ou incurables qui ne pourraient être secourus à domicile, d'étahlissements spéciaux où ils seront hospitalisés.

Le premier hospice de ce genre vient d'être ouvert à Villejuif par le département de la Seine. Bien qu'on ne l'ait pas encore inauguré officiellement, M. Magny directeur des affaires départementales, a pris toutes les mesures nécessaires pour qu'on pût y admettre un millier de vieillards. Ce chiffre pourra, grâce à de nouvelles constructions, être porté plus tard à 1.500.

Le docteur Gustave Roussy est nommé médecin en chef du nouvel hospice. Le docteur Gilhert Méténier est nommé médecin adjoint.

Un déjeuner amical

Pour fêter la décoration accordée à notre excellent ami le Dr Léon Mennier, nous prenons l'initiative d'organiser en son honneur un déjeuner amical qui aura lieu dans les Grands Salons du Palais d'Orsay, le vendredi 7 novembre 1912, à midi et demi très précis.

Nous vous serions bien reconnaissants de nous faire savoir si nous pouvons compter sur votre présence.

A. Ranson, sénateur; Duhreuil; Fort; Grou; Kleinmann; Lelarge; Mairet; Dr Henry Therry; Wellhoff.

Le prix du déjeuner est fixé à 10 francs.

Prière d'en adresser le montant en envoyant son adhésion à M. Albert Duhreuil, 20, rue de Longchamp, Paris, avant le 2 novembre, dernier délai.

Mort d'un homme de 300 kilos.

Le *Temps* signale à La Châtre (Indre) la mort d'un employé de commerce âgé de quarante-sept ans, dont le poids atteignait le chiffre extraordinaire de 300 kilos.

Un nid à procès.

Ainsi qu'il fallait s'y attendre, la loi sur la recherche de la paternité est devenne un nid à procès.

Depuis qu'elle a été promulguée — 16 novembre 1912 — elle a donné lieu devant le tribunal de la Seine à plus de six cents instances, qui sont actuellement pendantes.

Cette éclosion etait à prévoir.

L'Ecole des Mères.

Nous avons déjà, autrefois, entretenu nos lecteurs de *l'Ecole des Mères* ; son rôle s'accroit et son utilité s'affirme chaque jour davantage. N'est-ce pas surtout lorsque la population diminue et lorsque les besoins de la défense nationale augmentent qu'il importe que les femmes élèvent à la patrie des jeunes êtres robustes et forts?

Pour cela, il ne suffit pas de leur apprendre les éléments de puériculture, il faut encore leur faire connaître les lois de l'hygiène, les mystères de l'économie domestique, qui font les foyers sains, les repas réconfortants et grâce auxquels la maison familiale devient la mesure prophylactique idéale et seule véritable des fléaux sociaux que nous déplorons tous.

C'est là le programme de *l'Ecole des Mères* : cours d'hygiène, de puériculture, de psychologie enfantine, de soins aux malades, de cuisine, de cuisine diététique, de coupe et d'entretien du vêtement, etc., en font une véritable école de science familiale et sociale.

Ajoutons que *l'Ecole des Mères* prépare les jeunes filles aux examens officiels : le certificat d'aptitudes aux travaux manuels, entre autres, qui leur permet de professer dans les Ecoles primaires supérieures, les écoles normales, les collèges et les lycées de jeunes filles.

L'Ecole des Mères, Paris. — Pour tous renseignements, à partir du 1er octobre, s'adresser, 19, quai Malaquais, les mardis et les jeudis, de 10 heures à midi.

L'Ecole comprend un internat et un externat.

Un ex-légionnaire faux médecin

M. Chesney, juge d'instruction, vient de faire écrouer à la Santé un ancien adjudant du 2e régiment étranger, Georges Joseph, âgé de trente huit ans, arrêté sur la plainte de l'autorité militaire pour port illégal d'uniforme et de décoration et exercice illégal de la médecine.

Afin d'inspirer confiance aux malades atteints de certaines maladies, il les recevait en uniforme dans une clinique. Il portait de nombreuses décorations, bien que n'ayant droit qu'à la médaille du Maroc.

Les fantaisies des bureaux de la Guerre.

Le *Cri de Paris* nous raconte la savonreuse histoire suivante :

M. André Lefèvre, député, ancien sous-secrétaire d'Etat, s'avisa récemment que le professeur Bouchard n'avait pas encore reçu la médaille de 1870, hien qu'il se fût brillamment conduit pendant la guerre. Il demanda donc pour le vénérable maître le ruhan vert et noir.

Quelque temps après, il s'informa de la suite donnée à la demande faite en faveur de M. Bouchard, membre de l'Institut, grand officier de la Legion d'honneur.

Et voici quelle réponse textuelle fut faite par M. Lebrun de la guerre :

— On est tout disposé à donner la médaille à M. Bouchard. Mais il est nécessaire auparavant que le candidat fournisse *un certificat de bonne vie et mœurs*

M. André Lefèvre en est encore suffoqué.

Les plus vieux jumeaux du monde.

Il s'agit des frères Samuel et William *Munsey*, de Lougtsiaud.

Ils ont 94 ans chacun et sont valides, comme s'ils étaient 2 à supporter cet âge commun. Ils ont vécu côte à côte, gravissant la montée avec une charge égale Ils se ressemblent singulièrement et leurs visages sont aussi jumeaux.

On voudrait qu'ils aient connu les mêmes plaisirs et qu'ils s'éteignent le plus tard possible, mais à la même minute, afin d'offrir l'image complète d'un « doublé » qui était à la base des croyances égyptiennes.

84e Année (Série XIIIe) — No 221 — Le Numéro 25 Centimes — Mercredi 29 Octobre 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Édition Espagnole.... 10 fr.
Édition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 29 Octobre 1913

ÉCHOS

Un médecin élu conseiller général.

M. le Dr Foulon vient d'être élu conseiller général pour le canton de Trie, dans les Hautes-Pyrénées.

Le docteur J.-L.-Championnière.

Le docteur Just Lucas-Championnière, membre de l'Institut, qui succombait subitement, il y a quelques jours, en pleine vigueur intellectuelle, à l'issue même de la séance trimestrielle des cinq Académies, est sans aucun conteste l'un des chirurgiens les plus justement célèbres de notre temps.

Promoteur en France de l'antisepsie dont il avait appris la valeur auprès du chirurgien anglais Lister, M. Championnière aura encore été l'instigateur de diverses méthodes chirurgicales des plus fécondes. C'est à lui en effet, que l'on doit l'invention et la vulgarisation de l'opération de la cure radicale des hernies et le traitement des fractures par le massage et la mobilisation.

Ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de la Société de chirurgie, de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences, commandeur de la Légion d'honneur, M. le docteur Just Lucas-Championnière était né à Saint-Léonard (Oise), en 1843.

Le centenaire de la découverte de l'iode.

Le centenaire de la découverte de l'iode par le chimiste Bernard Courtois, sera célébré à Dijon, le dimanche 9 novembre 1913.

A cette occasion, aura lieu l'inauguration d'une plaque commémorative, placée sur la maison natale de B. Courtois.

3e Congrès national de médecine à Cuba.

Le troisième Congrès national de médecine aura lieu à Cuba en décembre 1914. Le secrétaire général est le docteur Francisco M. Fernandez, auquel on devra s'adresser pour tous renseignements.

A l'occasion de ce Congrès se tiendra une exposition annexe, à laquelle les pharmaciens et les fabricants français de spécialités sont tout particulièrement invités à participer. M. le docteur Lucien Mathé, qui a été nommé délégué pour la France par le Comité de l'exposition, se met entièrement à la disposition de ceux de nos compatriotes qui désireraient exposer.

Les Iris chiffrés

Borelli cite, d'après un ancien chirurgien de Montpellier du nom de Formius, l'exemple d'un jeune garçon sur les iris duquel, dit-il, on lisait très nettement, en lettres romaines, les mots français suivants : « *LOVE SOIT DIEV* ».

Formius et Borelli, qui ne fait d'ailleurs que relater le fait, sont les seuls à parler de ce cas. Mais il en est un autre que constatèrent plusieurs spécialistes, français, belges, irlandais, et qui a été rapporté maintes fois par des praticiens dignes de foi : c'est celui de Joséphine Louis.

Elle naquit à Paris en 1825 et fut exhibée en France, puis à Gand, et enfin en Angleterre. Parmi tous ceux qui se sont occupés de son cas, — Rognetta, Giraldès, Wilde, et après eux Cornaz, — le docteur irlandais Wilde parait le plus convaincu : « Il y a quelques années, dit-il, on montrait un enfant sur les iris duquel étaient écrits les mots : « Napoléon, Empereur ». Ce phénomène paraît avoir été produit par une disposition insolite de ces trous, fibrilles et stries, qui distinguent la surface du diaphragme oculaire. » « Je possède, dit d'autre part le praticien de Dublin, une très bonne lithographie de Joséphine Louis, l'enfant Français né avec les mots « Napoléon, Empereur » dans les yeux. A la moitié inférieure de l'iris droit, les signes ressemblent aux lettres capitales qui forment le mot *EMPEREUR*; et celui de *NAPOLEON* occupe à peu près la même position sur l'iris gauche ».

Cette anomalie de la nature fit d'ailleurs l'objet de nombreuses notes ou études approfondies dans les journaux de l'époque.

Les historiographes postérieurs semblent, au surplus, moins affirmatifs. Au sujet de cette même Joséphine Louis, Giraldès déclare : « Il y a quelques années, j'ai vu à l'hôpital de la Charité une jeune fille qu'on *disait* porter les mots « Napoléon, Empereur » inscrits sur les yeux. C'était tout simplement une de ces combinaisons bizarres qui, *à l'aide d'un désir bien complaisant*, permettait d'y trouver cette inscription ».

Déjà, au XVIIIe siècle, le fameux docteur oculiste Jacques Daviel avait déclaré avoir observé dans les yeux d'une paysanne des environs de Rouen, une inscription dans laquelle il avait démêlé les mots latins *Post mortem*.

Enfin, un maître de la science, Tenon, cite un cas qui n'est point sans analogie avec celui de Joséphine Louis... encore qu'il soit moins sensationnel au point de vue de l'inscription :

« Sur l'iris, d'un fond bleu, dit-il, apparaissent des traits blancs, les uns droits comme certains chiffres, un autre a la forme d'un T majuscule, un autre encore celle d'un V. »

Pour les incrédules, signalons d'ailleurs que Tenon fit exécuter par un peintre sur émail un modèle — d'après nature — de cet œil, et que ce même artiste en établit une seconde reproduction qui fit partie de la collection de l'ancienne Académie de Paris et qui figure aujourd'hui au musée Dupuytren.

Voilà pour les lettres. Le problème des chiffres n'est pas moins curieux.

Il y a quelques années, à la clinique du professeur Deneffe, vint une femme Joseph Baete, née Marie Rosseel, âgée de cinquante-neuf ans, chez laquelle étaient apparus brusquement, au cours de son enfance, des chiffres imprimés dans les deux iris. Ce phénomène ne disparut pas. Examinés à l'œil nu, à la loupe, ces iris portaient dans l'œil gauche le nombre 10, dans l'œil droit le nombre 45.

« Ce qui caractérise ces chiffres, dit le docteur Deneffe, c'est la netteté, la précision mathématique avec laquelle ils sont gravés dans les iris. Je défie un calligraphe de tracer sur le papier ou le tableau, avec la plume ou la craie, un 45 ou un 10 plus parfaits que ceux qu'un jeu de la nature nous fait voir sur l'iris de cette femme. Plus de trente personnes sont venues voir cette curiosité. Sans la moindre hésitation tout le monde lit 45 et 10. Il est impossible de lire autre chose... »

Ce qui est plus extraordinaire encore, en le cas présent, c'est que cette anomalie fut héréditaire. La fille de la femme Baete, alors âgée de dix-sept ans, présentait des particularités iriennes analogues. Sous le champ pupillaire de droite, on lisait fort nettement le nombre 10, et plus nettement encore, sous la pupille de gauche, le nombre 20.

Ces chiffres avaient, chez la jeune fille, les mêmes dimensions que dans les yeux de la mère.

Au demeurant, leur vue était également bonne et leurs yeux ne présentaient aucune autre anomalie constitutionnelle.

La fin d'une légende

Nous avions cru jusqu'à présent que les chiens du Mont-Saint-Bernard étaient des bêtes douces et remplies d'humanité, si l'on peut s'exprimer ainsi. Il faut faire son deuil de cette illusion, à en croire la communication qu'un artiste peintre vient d'envoyer à la *Gazette des Beaux-Arts* de Genève :

« Comme je demandais au prieur du couvent, écrit-il, s'il était vrai que les chiens avaient sauvé plus de trois cents personnes, il me répondit : « Mordu, vous voulez dire ! » Et, de fait, il est totalement impossible d'apprivoiser les chiens de l'hospice et ces animaux, s'ils sont bons pour trouver la piste des voyageurs égarés, ne peuvent servir à autre chose. Si on les laissait faire, ils dévoreraient les infortunés qu'ils découvrent... »

Au reste, l'artiste y ajoute un fait personnel. En visitant un pavillon isolé, il se trouva tout à coup en face d'un de ces terribles quadrupèdes dont le bâton d'un paysan qui l'accompagnait le débarrassa fort à propos.

Finis les contes touchants sur l'admirable dévouement de ces « amis de l'homme » !

L'anguille au vert

Une recette de cuisine ne saurait être déplacée *dans un journal de médecine*. La diététique n'est-elle point une des branches de l'art médical ?

On nous saura donc gré de la suivante, empruntée au *Carnet d'Epicure* :

« L'anguille au vert est un plat essentiellement estival, en raison des herbes aromatiques qu'elle réclame pour sa bonne préparation. C'est de mai à la fin de septembre qu'il faut la déguster, car c'est à cette époque seulement que l'on peut se procurer la sauge, la citronelle, la menthe, la sarriette, l'oseille, le cerfeuil et le persil dont l'emploi judicieux donne à l'anguille au vert ce goût spécial sans lequel elle ne saurait exister.

« Pour préparer ce plat, il faut choisir, de préférence, de petites anguilles, qui, après avoir été écorchées, nettoyées et lavées, sont coupées en tronçons de 5 à 6 centimètres de long. On les met alors dans une casserole avec une bonne proportion — le cinquième environ du volume — des herbes citées plus haut et dont on fait un hachis très fin.

« On ajoute alors un morceau de beurre, on sale, on poivre et l'on mouille à hauteur avec un quart d'eau et trois quarts de vin blanc.

« La cuisson est faite à feu vif et doit durer de dix à quinze minutes suivant la grosseur des anguilles.

« On termine *hors du feu*, avec une adjonction de quelques jaunes d'œufs mélangés au jus de deux ou trois citrons, deux cuillerées à bouche d'eau froide et quelques noix de beurre. Ce mélange qui doit lier et finir la préparation demande à être incorporé avec précaution en remuant la casserole constamment pour arriver à une liaison parfaite et lisse. »

Pour vivre cent ans

Le journal japonais *Jegi Shimpo* donne cette recette — infaillible et facile à appliquer même en voyage — pour vivre cent ans, au moins. Nous nous faisons un plaisir d'en faire profiter nos lecteurs ; s'ils s'en trouvent bien, ils voudront bien nous témoigner leur satisfaction d'une façon quelconque :

I. — *Se lever tôt et se coucher tôt.*

II. — *Dormir de six à sept heures, dans une chambre parfaitement obscure, la fenêtre ouverte.*

III. — *Passer le plus de temps possible au grand air.*

IV. — *Manger de la viande une seule fois par jour.*

V. — *Boire modérément du thé et du café, se passer de tabac et d'alcool.*

VI. — *Prendre un bain très chaud tous les matins.*

VII. — *Bannir les vêtements de soie et s'habiller de gros drap.*

VIII. — *Consacrer un jour de la semaine au repos, et se dispenser ce jour-là de lire et d'écrire.*

IX. — *Eviter les endroits trop chauffés, surtout s'ils le sont par un système de chauffage central.*

X. — *Restaurer les organes qui s'usent avec l'âge en mangeant des organes semblables pris aux animaux.*

XI. — *Eviter les fortes émotions et le surmenage intellectuel.*

Cela fait onze commandements ; voici le douzième, qui s'adresse spécialement aux hommes :

Si tu es célibataire, marie-toi ; si tu es veuf, prends immédiatement une seconde compagne.

Inversion sexuelle et Pathologie mentale

Par M. le Docteur MAGNAN

Médecin de l'Asile clinique, Membre de l'Académie de Médecine (1).

Les invertis sexuels, les invertis du sens génital, sont-ils des malades, des dégénérés obsédés, ou bien comme le soutient le Dr Näcke, médecin directeur de l'asile de Colditz, près de Leipzig, doit-on considérer l'homosexualité ni comme une maladie ni comme une dégénérescence, mais tout au plus comme une anomalie? Allant plus loin, développant sa pensée, le Dr Näcke en arrive à regarder ces uranistes, ces invertis du sens génital comme des êtres absolument normaux, représentant une sorte de troisième sexe, à l'instar des ouvrières chez les insectes hyménoptères, qui vivent en colonies formant une variété parfaitement normale de l'instinct sexuel modifié par la nécessité de la division du travail dans la vie sociale. M. Ladame reconnaît que les êtres sans sexe sont, en effet, nombreux dans la série animale, mais il faut aussi observer qu'il existe une grande différence entre les homosexuels hommes et femmes et les animaux asexués. Chez ces derniers, les zoologistes ont toujours constaté une corrélation étroite et invariable entre l'absence de la fonction sexuelle normale et les autres fonctions physiologiques de l'animal. En réalité, on ne trouve dans la nature aucun exemple analogue à l'homosexuel humain, chez lequel les organes génitaux complètement développés sont en opposition avec la détermination sexuelle dépendant des centres nerveux.

Pour le Dr Ladame, et il a raison, l'homosexuel, l'inverti du sens génital est un malade, un dégénéré.

Ranger, en effet, les uranistes, les invertis du sens génital dans une classe à part, créer pour eux un troisième sexe à l'instar de ce que l'on observe dans certains groupes d'insectes, est de la part du Dr Näcke et de ses partisans une manière de voir originale, mais dont la clinique ne saurait s'accommoder.

Lorsqu'on étudie dans leur ensemble les anomalies, les aberrations, les perversions sexuelles, on trouve chez tous ces psychopathes, malgré les variétés infinies de leurs états obsédants et impulsifs, des caractères généraux qui les rapprochent. D'autre part l'examen successif des différents groupes de sujets classés d'après leurs tendances maladives permet de se faire une idée nette de toutes ces perversions instinctives. Chez ces aberrés c'est une influence psychique comme dans l'état normal qui agit sur le centre génito-spinal, mais l'idée, le sentiment, le penchant sont pervertis. On voit le penchant d'une femme pour un garçon de deux ans; une jeune fille obsédée par l'idée de cohabiter avec un chien et dans des aberrations encore plus étranges, l'instinct sexuel peut prendre pour objectif une tête de vieille femme coiffée d'un bonnet de nuit, un tablier blanc, un mouchoir de femme, les clous d'un soulier de femme, une natte de cheveux et d'autres encore. Tous ces objets, véritables fétiches, deviennent l'occasion d'une vive excitation génitale, d'érection de pollution et par contre, frigidité absolue en l'absence de ces objets ou si les images de ces objets ne sont pas évoquées. Cet états obsédants sont parfois transitoires, mais dans certains cas ils persistent et asservissent quelques-uns de ces malheureux presque toute leur existence.

A côté de ces perversions instinctives vient naturellement se ranger l'homosexualité, l'inversion du sens génital, le penchant exclusif de l'homme pour l'homme, de la femme pour la femme et, comme le précise le Dr Näcke, l'homosexuel est uniquement celui qui éprouve des sensations sexuelles pour les personnes de son sexe.

Qu'il me soit permis de rappeler deux cas très démonstratifs d'inversion du sens génital. Dans le premier, il s'agit d'une femme dont nous avons relaté l'observation M. Pozzi et moi, dans notre communication à l'Académie du 21 février 1911 (1). Cette femme pseudo-hermaphrodite féminin a présenté, dès son enfance, les allures, les habitudes, le caractère, les appétits et les instincts d'un garçon. Il prenait part aux jeux et aux occupations de ses camarades, mais éprouvait plus d'attrait pour la société des jeunes filles; il se montrait aimable à leur égard et il s'efforçait, dès qu'il le pouvait, de provoquer dans des lieux écartés avec l'une d'elles des rencontres, où, après avoir obtenu des caresses, des attouchements réciproques, il se livrait à des tentatives de copulation. Il était regardé par tous comme un homme, et, devenu officiellement fiancé, le projet de mariage parut tout naturel; les futurs époux furent l'objet de vives félicitations de la part de tous ceux qui les connaissaient. Le jeune ménage fut très uni, le mari adorait sa femme et celle-ci, heureuse, entourait son mari de la plus vive tendresse. Une tumeur abdominale chez le mari ayant exigé l'intervention chirurgicale, on constata la présence d'un utérus de deux ovaires et des trompes, mais nul vestige d'organes mâles.

Ce mari n'a jamais élevé le moindre doute sur la nature de son sexe, il s'est toujours cru et il se croit un homme, c'est donc l'inversion du sens génital absolue. Quant à sa femme, elle a pensé toute sa vie avoir un mari, un vrai mari.

Le second inverti dont je tiens à dire encore un mot et que j'avais eu l'occasion d'observer avec M. Charcot, avait, lui, la pleine conscience de son inversion sexuelle, de cet amour obsédant de l'homme qui le poussait à en rechercher le commerce à l'exclusion de l'autre sexe. (*Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles par MM. Charcot et Magnan. Arch. de Neurologie*, nos 7 et 12, 1882). C'était un homme grand, bien développé, intelligent, érudit, professeur de Faculté qui, dès le premier âge, avait été pris d'une voluptueuse curiosité pour les nudités masculines; il recherchait les occupations féminines, prenant plaisir à revêtir une robe traînante, et désirait ressembler à la femme, plaire à l'homme, et l'idée obsédante de l'homme nu s'imposait plus tard à lui au milieu des études les plus sérieuses; l'éréthisme génital était tel à certains moments que l'érection et l'éjaculation se produisaient à la vue des organes virils de l'homme, à la vue d'une statue, à la seule idée du pénis de l'homme. Par contre, indifférence complète pour la femme dont les provocations de toute nature ne pouvaient venir à bout d'une invincible frigidité.

En présence de cette inversion sexuelle tenace, systématique, fallait-il se laisser aller au découragement, se dire c'est un état normal, une modalité d'un troisième sexe?

M. Charcot et moi ne l'avons pas pensé et nous avons déclaré au patient qu'il était un malade, un obsédé, que l'obsession n'était pas invincible, qu'il pourrait s'en affranchir et guérir. Il s'est laissé convaincre et avec une fermeté qui ne s'est pas démentie un seul instant, il a adapté tous les actes, tous les détails de sa vie à son œuvre de libération.

A diverses reprises, malgré l'angoisse douloureuse qui l'étreignait dans ses efforts pour réduire l'impulsion, il ne s'est point dérobé et a continué à lutter contre l'obsédante perversion. C'est avec cette volonté inébranlable qu'il est parvenu à substituer à l'idée obsédante dominatrice un courant continu de pensées et d'associations d'idées puisées dans ses études et dans les relations mondaines qu'il s'est appliqué à se créer.

Sous l'influence de cette hygiène morale suivie pendant plusieurs années, un jour est venu où il s'est senti libre, maître de ses sentiments et de ses penchants, un projet de mariage a pu alors être envisagé et réalisé avec succès. L'ancien inverti a constitué une famille et depuis une vingtaine d'années il est entièrement débarrassé de ses obsessions dont il s'étonne aujourd'hui d'avoir subi pendant si longtemps le tyrannique esclavage.

M. le Dr Ladame a su placer la question sur son véritable terrain, la clinique. En faisant appel à de nouvelles observations il montre bien qu'on ne peut accepter des conclusions basées sur des théories, mais qu'il importe de rechercher celles qui reposent principalement sur les faits.

(1) Rapport présenté à l'Académie de médecine sur un travail de M. le Docteur Paul Ladame (de Genève).

(1) *Inversion du sens génital chez un pseudo-hermaphrodite féminin*, par M. Magnan et Pozzi. *Bulletin de l'Académie de médecine*. Séance du 21 février 1911.

LE TRAITEMENT ACTUEL
des
Fractures ouvertes du Crâne

Par M. DE BLOCK

Médecin-adjoint de l'armée belge

Les trois cas de fracture du crâne que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de chirurgie de l'hôpital militaire de Mons, offrent la particularité curieuse de s'être succédés en série dans des conditions presque analogues et dans l'espace de six mois, et présentent surtout l'intérêt d'avoir donné lieu à des résultats opératoires encourageants grâce à l'intervention systématique qu'ils ont déterminée.

Comme tels, ils apportent leur minime appoint aux statistiques, imposantes déjà, des auteurs qui, dès 1908, se sont faits les défenseurs de la trépanation précoce érigée en système dans les cas de fractures ouvertes ou même fermées de la voûte cranienne.

Dans les cas qui nous occupent, la lésion siégeait au niveau du frontal droit et empiétait dans les trois cas sur le sinus frontal que l'intervention opératoire a dû forcément entamer. La communication établie de la sorte, entre cette cavité endo-nasale et le foyer de la fracture, ne nous a pas semblé influencer le pronostic, et n'a donné lieu à aucune complication particulière; il est vrai d'ajouter que des précautions spéciales avaient été prises, puisqu'une mèche de gaze aseptique, soigneusement tassée, fut laissée à demeure dans la cavité sinusale, désinfectée au préalable, afin de s'opposer le mieux possible à l'ascension microbienne.

Voici les observations dans leur simplicité :

Observation n° I. — T..., cavalier au 2me régiment de chasseurs à cheval, le 19 février 1912, veut prêter son aide pour rattraper un cheval rétif, échappé dans la cour de la caserne. En tentant de maîtriser l'animal il reçoit une ruade qui l'atteint à la région frontale droite et l'étend inanimé. Après un pansement sommaire, on le transporte à l'hôpital de Mons, où il reprend peu à peu ses sens. Cependant il persiste une certaine obnubilation, car l'interrogatoire ne parvient pas à lui faire retracer les circonstances dans lesquelles il a été victime de l'accident qui le frappe. Un examen plus attentif décèle une lacune d'une plus grande étendue, jointe à des interprétations fausses, car le blessé semble avoir entièrement oublié son séjour aux chasseurs à cheval et s'imagine appartenir au régiment des lanciers en gar-

nison à Bruges, ville où il a subi l'incorporation. Pour ne plus y revenir, ces phénomènes durèrent une couple de jours, les autres malades s'étant chargés de rappeler notre blessé à des souvenirs plus précis.

L'examen de la lésion fait voir une plaie contuse, à concavité supérieure, épousant la forme du fer à cheval contondant, à bords nettement sectionnés sur une longueur de 4 centimètres et demi, intéressant la région sus-orbitaire, à deux travers de doigt au-dessus du sourcil. Les anfractuosités de la plaie sont souillées de terre et il n'y a pas d'écoulement sanguin. A première vue l'os paraît ne pas avoir été atteint. Désinfection à la teinture d'iode, après lavages à l'eau oxygénée. Pansement aseptique. Injection de morphine.

Le soir, la température est normale, le pouls est un peu accéléré. Les pupilles réagissent absolument normalement. Le malade délire très légèrement dans le sens indiqué plus haut.

Le deuxième jour, après une nuit très calme, le malade étant décidément sorti du léger shock qu'il présentait la veille, il est décidé de pratiquer l'exploration sanglante, qui seule peut apporter les précisions nécessaires. Sous anesthésie chloroformique, M. le médecin de régiment Servais, débride largement la plaie, de façon à en parfaire la concavité, en prolongeant les deux extrémités de l'incision. Le lambeau supérieur est relevé et rétracté de telle façon que l'examen permet de constater des dégâts beaucoup plus étendus que ceux que l'on pouvait soupçonner. Un trait de fracture court parallèlement à la blessure des parties molles, la berge supérieure de cette fêlure est nettement déprimée ; et sur elle se branchent des fêlures perpendiculaires dont on ne peut prévoir le prolongement.

La gouge et le maillet enlèvent, esquille par esquille, la table externe, puis la table interne, plus endommagée, après avoir traversé le diploé qui saigne abondamment. Une esquille beaucoup plus grande, très mobile, est enlevée et dès lors s'ouvre largement le sinus frontal droit, qui communique avec le foyer de la fracture. Cette cavité, absolument saine d'ailleurs, est bouchée par une mèche de gaze.

Une fêlure se prolonge sur le plafond de l'orbite et cette constatation assombrit momentanément le pronostic, ce que les événements devaient heureusement démentir.

Les battements du cerveau sont perceptibles sous une dure-mère d'apparence absolument intacte ; aucune lésion des vaisseaux dure-mériens.

Après désinfection soigneuse du lambeau cutané et régularisation de la perte de substance osseuse, qui atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs, quelques points de suture, à la soie, restituent l'intégrité de la paroi cutanée. La mèche de gaze interposée dans le sinus frontal et une deuxième mèche bordée bourrant la cavité creusée dans l'os assurent l'écoulement des liquides séro-sanguinolents et sortent par l'angle interne de la plaie.

Réveil normal, après un sommeil des plus calmes ; température nulle, pupilles réagissant bien. Pas de signes cérébraux, tout au plus le malade accuse-t-il une légère céphalée. Evacuations normales.

Une injection de 10 c.c. de sérum antitétanique est pratiquée pour parer à toute éventualité, la plaie ayant été fortement souillée par des matière suspectes.

Troisième jour. La nuit s'est passée fort paisiblement, et le malade n'accuse pas de température et aucune gène. La suture a fort bon aspect et les bords exactement affrontés ne semblent pas enflammés. Un liquide séro-sanguinolent imbibe les mèches qui drainent la plaie. Le pansement absorbant est renouvelé sous le couvert de l'asepsie.

Le nez est libre et ne donne passage à aucune trace de matière sanguinolente ; on assure le mieux possible l'antisepsie de cette cavité par des pommades et des insufflations.

Pas de méningisme.

Quatrième jour. Rien à remarquer ; aucune élévation thermique appréciable.

Cinquième jour. On retire la mèche laissée à demeure dans le sinus ainsi que la mèche laissée à demeure dans la cavité sous-cutanée. Pas d'hémorragie consécutive. Une nouvelle mèche disposée moins profondément continuera à assurer le drainage. Aucune température. Retour de l'appétit.

Il serait banal de retracer par le menu la marche de cette affection qui fut absolument régulière. Le neuvième jour, les points de suture furent enlevés et la mèche de gaze retirée définitivement. Tout écoulement était tari.

Les bords de l'orifice de drainage furent affrontés secondairement et maintenus en contact par un pansement adhésif. Dès le septième jour, le blessé s'était levé avec précaution, sans éprouver le moindre malaise, en accusant tout au plus une lourdeur de tête presque insensible.

A aucun moment, les pupilles, qui furent soignensement examinées, ne donnèrent la moindre irrégularité.

Au vingt-cinquième jour, la cicatrisation peut être considérée comme complète. Il persiste une cicatrice rosâtre, en forme de croissant, à concavité supérieure, de 6 centimètres environ. En exagérant la légère dénivellation de la cicatrice, la doigt perçoit très nettement la solution de continuité du crâne et la pulsation du cerveau, qui est visible d'ailleurs en se plaçant sous un certain angle. La perte de substance osseuse peut avoir la surface d'une pièce de 5 francs et l'arête du rebord orbitaire est parfaitement perceptible.

A aucun moment de son séjour à l'hôpital qui se prolongea jusqu'au 1er mai, T... ne présenta la moindre complication cérébrale. La brèche osseuse ne se combla pas, seuls les bords s'émoussèrent quelque peu, soit que l'ossification ait fait son œuvre, soit que la cicatrice cutanée ait contracté des adhérences qui matelassèrent les bords de l'os.

Notre malade se plaignait d'un peu de lourdeur de tête quand il se penchait en avant. Dans cette position, il percevait nettement les battements cérébraux qui l'incommodaient. Il témoignait une susceptibilité particulière aux variations de température, qui se traduisaient par des sensations désagréables dont nous ne nous expliquons pas le mécanisme. Dans son langage pittoresque, il nous affirmait avoir froid au cerveau.

La lésion assez étendue du crâne n'étant plus compatible avec les exigences du service militaire, T... fut proposé pour la pension et sortit de l'hôpital le 1er mai 1912.

OBSERVATION N° II. — M..., âgé de 20 ans et demi, cavalier au 2e régiment de chasseurs à cheval, reçoit dans la matinée du 22 décembre 1912, une ruade qui lui est lancée par un cheval échappé de l'écurie qu'il s'efforçait de rattraper. Le coup porte sur le crâne et le soldat étourdi tombe à la renverse ; ses camarades l'emportent sans connaissance. Il reprend ses sens dans la cour de la caserne et garde le souvenir et l'impression absolus de ce qui vient de lui arriver. Après un pansement aseptique, le blessé est transporté à l'hôpital militaire de Mons, où les constatations suivantes sont faites :

Au niveau du frontal droit, M... porte une plaie à concavité supérieure à bords éversés en dedans, souillés de terre et de débris de litière. La paupière supérieure est le siège d'une ecchymose très forte, et la conjonctive bulbaire et palpébrale supérieure est d'un rouge vif.

La plaie s'étend sur une longueur de 0 m 04 environ et surmonte l'arcade sourcilière de 0 m 02. Elle naît à l'angle interne de l'orbite et empiète sur la région sinusale. Le doigt explorateur perçoit un très léger enfoncement de la paroi crânienne.

Après désinfection à la teinture d'iode et sous anesthésie chloroformique, la trépanation est pratiquée dans le courant de l'après-midi par M. le médecin de régiment Mahieu. Les incisions sont prolongées de façon à circonscrire un lambeau cutané à bord supérieur. La gouge mord la table externe de l'os frontal et délimite une surface ovalaire correspondant aux bornes de l'attrition ; le diploé enlevé permet de s'attaquer à la table interne de l'os, fissuré sur une étendue beaucoup plus considérable que la table externe. La dure-mère blanchâtre offre un aspect normal et son exploration ne révèle aucune lésion ni aucun soupçon d'hémorragie sous-dure-mérienne. Les battements cérébraux sont nettement perçus.

La perte de substance osseuse ovalaire, à grand axe oblique en bas et en dedans, a sensiblement les dimensions d'une pièce de 5 francs. Elle donne accès au sinus frontal droit, car une esquille de la table externe, formant la paroi antérieure du sinus, a dû être détachée comme étant dépériostée de telle façon qu'une communication s'est établie. Les rebords osseux sont régularisés. Il est jugé inopportun de détacher une longue esquille délimitée par deux fissures partant du foyer de la fracture et entamant le plafond de l'orbite. Le rebord orbitaire sera respecté de la sorte, et l'homme ne court pas le risque d'une défiguration très forte.

Hémostase par tamponnement.

Une mèche de gaze bourre le sinus frontal et sort par l'angle interne de la plaie. Une autre mèche est interposée entre la dure-mère et la paroi cutanée et servira de drain. Suture au catgut.

Injection de sérum antitétanique de 10 c.c.

Désinfection des fosses nasales à l'eau oxygénée.

Le soir température 38°2. Pulsations 90.

Miction normale et spontanée. Sommeil assez agité.

Deuxième jour. Température 38°. Pulsations 78. Un peu de discordance du pouls.

Le blessé a pris une attitude légèrement recroquevillée et répond paresseusement aux questions et d'une façon assez confuse. Il accuse de la céphalée. Les réflexes sont normaux et les fonctions régulières, mais on découvre un peu d'irrégularité pupillaire. La pupille du côté droit est en mydriase.

Localement la mèche de gaze est imprégnée de sérosité.

Le blessé rejette des mucosités sanguinolentes par le nez.

La paupière supérieure est envahie par un œdème très prononcé. L'ecchymose conjonctivale s'est accentuée.

Le soir température 38°2. Pulsations 82.

Troisième et quatrième jours. Température 38°3. Pulsations 78.

Même état, même irritation méningitique. Défense des membres inférieurs en chien de fusil, position assez fugace, à laquelle le blessé revient volontiers dès qu'on le dérange.

Réflexes normaux.

Localement, sérosité par la mèche, catarrhe muco-purulent du nez.

Le soir 38°5. Pulsations 89.

Cinquième jour. Durant la nuit, le malade a présenté du subdélire, de l'agitation musculaire, de la contracture passagère et des soubresauts tendineux. Mâchonnement. Bref, la nuit a été franchement mauvaise, et le pronostic est fatalement assombri. En présence de cet état on décide de drainer plus largement la plaie en faisant sauter les points de suture. Dès l'enlèvement du premier point de suture l'angle interne de la plaie donne issue à un liquide séro-purulent rosâtre, imbibant la mèche sinusale et d'allure franchement louche. Les autres points sont enlevés, ainsi que la mèche.

Lavage à l'eau oxygénée ; attouchement des bords à la teinture d'iode.

A l'angle palpébral interne de l'œil droit sourd une goutte de pus. La conjonctivite est fort marquée. Pansements humides boriqués. Pansement aseptique de la plaie cranienne.

Le soir, la température s'élève à 37°9. La céphalée est assez forte et s'apaise par l'application d'une vessie de glace. Les symptômes cérébraux sont moins accentués que la veille ; plus de contractions musculaires, ni de soubresauts tendineux.

Sixième jour. Le matin température 37°8. Pulsations 90. Le blessé a meilleur aspect et semble reprendre contact avec le monde extérieur. Le pansement, imbibé de sérosité rosâtre, est renouvelé.

La conjonctivite est intense.

Le soir, plus aucun délire, ni aucun autre phénomène cérébral. Température 37°9. Pulsations 92. L'amélioration est manifeste.

Septième jour et jours suivants. La température descend par dixièmes de degré et s'approche de la normale en quelques jours. Les réactions psychiques sont parfaites ; l'idéation et la mémoire ne laissent absolument rien à désirer.

Cicatrisation progressive de la plaie cutanée, débutant par l'extrémité externe de la plaie pour

se poursuivre plus paresseusement à l'angle interne.

Le pansement aseptique est renouvelé journellement après irrigation à l'eau oxygénée.

La conjonctive s'amende sous l'influence des pansements humides et des collyres à l'oxycyanure de mercure.

Le 15 janvier, soit au vingt-quatrième jour après l'accident, la cicatrisation est achevée, sauf à l'extrémité tout à fait interne de l'incision, qui ne s'obture qu'au trente-deuxième jour, soit le 22 janvier.

Le blessé est tenu en observation jusqu'au 7 février 1913, date à laquelle il réclame instamment sa sortie de l'hôpital, qu'il obtient par réforme pour lésion étendue du crâne.

Sous la peau cicatrisée et quelque peu adhérente au péricrâne, on perçoit nettement un battement cérébral, qui peut d'ailleurs se traduire à la vue en se plaçant sous une certaine incidence. Le cadre osseux hypertrophié circonscrit une ouverture des dimensions d'une pièce de 5 francs. Le blessé n'accuse, actuellement du moins, aucun phénomène cérébral et n'est pas autrement gêné par son manque de paroi cranienne.

Observation n° III. — Le 13 janvier 1913, A..., ouvrier, âgé de 54 ans, d'une constitution robuste, travaillant à l'arsenal de construction de Cuesmes, reçoit en pleine figure un marteau d'acier, démanché, qu'il polissait à la meule. Cet objet, lancé avec une force très considérable, vient s'enclaver dans le frontal droit qu'il défonce à un demi-travers de doigt au-dessus de l'arcade sourcilière. Parfaitement conscient de ce qui vient de lui arriver, le blessé saignant abondamment du nez, reçoit les premiers soins à l'arsenal de Cuesmes, où on lui applique aussitôt un pansement antiseptique, à l'aide d'une cartouche de pansement. Il demande son admission à l'hôpital militaire de Mons, où des soins immédiats lui sont dispensés.

Le malade détaille son accident avec la plus grande lucidité ; la douleur est supportable, nous dit-il ; l'épistaxis est momentanément tarie.

A l'examen, nous constatons que la plaie saigne à peine ; elle affecte la forme d'un T renversé, dont la branche horizontale prend naissance à l'angle supéro-interne de l'orbite et court parallèlement au sourcil qu'elle surmonte, sur une longueur de 4 centimètres environ. La branche verticale se détache à mi-chemin de l'incision et monte sur une hauteur de 2 centimètres.

Les bords de la plaie sont incisés, en dedans, et sous le doigt on perçoit la dénivellation sous-jacente.

Une exploration plus attentive de la région cranienne ne révèle aucun signe permettant d'affirmer l'existence d'une fêlure prolongeant l'enfoncement cranien. Pas d'hématome, pas de douleur localisée. La conjonctive palpébrale est envahie par une ecchymose d'un rouge ardent.

En présence de l'excellent état général du blessé et en l'absence de tout shock traumatique, M. le médecin de régiment Mahieu pratique sur l'heure l'exploration sanglante du foyer de la fracture, le relèvement et l'ablation des esquilles osseuses.

Large désinfection à la teinture d'iode, après rasage de la région.

Les incisions sont prolongées de quelques centimètres, ce qui permettra de rabattre les lambeaux en créant deux volets triangulaires à base supérieure. Une recherche minutieuse permet de constater un embarrement. Au niveau de l'incision primitive, il ne semble pas y avoir de prolongement fissuraire.

Les esquilles comminutives sont détachées à la gouge et au marteau ; et le foyer de la fracture est débarrassé des débris osseux et agrandi. Comme de règle, la table interne est lésée sur une étendue plus grande que la table externe. L'enlèvement des esquilles conduit la gouge dans le sinus frontal largement ouvert ; bien plus, la cloison médio-sinusale n'existe plus, de sorte que les deux sinus communiquent largement avec la solution de continuité cranienne. Une instillation d'eau oxygénée à ce niveau revient par le nez. Le plafond de la voûte orbitaire est touché par un trait de fracture se détachant de la brèche osseuse.

La dure-mère est déchirée sur une longueur de 3 centimètres environ, probablement par une esquille. Deux points de suture réunissent cette membrane après qu'un examen attentif a permis de conclure à l'absence de toute hémorragie et de toute lésion du cerveau.

Mèche de gaze à demeure dans les sinus frontaux et débouchant par l'angle interne de la plaie cutanée. Tamponnement serré à la gaze neutre appliqué à même la dure-mère et débouchant par l'angle externe.

Points de suture réunissant les téguments.

Le soir, le blessé à 38° : mais ses réactions psychiques sont absolument correctes.

Le pouls est à 80.

Deuxième jour. La nuit a été fort bonne, sans agitation aucune.

L'état du blessé est extrêmement satisfaisant. Ses évacuations sont naturelles.

Température matinale 37°,2 température vespérale 37°8. Pouls normal.

Aucune douleur céphalique, ni phénomène cérébral.

A plusieurs moments de la journée, il a présenté de légères épistaxis, qui toutes se sont taries sous l'action de l'eau oxygénée.

Troisième jour. Même état. Température matinale 37°1, température vespérale 37°7.

Quatrième jour. Enlèvement des mèches, un peu de sérosité s'écoule par les angles de la plaie. Deux points de suture ont cédé sur la branche horizontale à l'angle orbitaire de la plaie. Légère conjonctivite.

Température matinale 37°2, température vespérale 37°8.

Epistaxis dans la soirée.

Cinquième jour. Le blessé s'obstine à moucher du sang mélangé en petites quantités avec des mucosités. Afin de prévenir toute infection, la désinfection à l'eau oxygénée est prescrite avec persistance.

Température matinale 37°, température vespérale 37°3.

La conjonctivite s'est plutôt accentuée.

Sixième jour et jours suivants. Le malade se lève. Sous le pansement renouvelé tous les deux jours on a pu constater une cicatrisation absolument régulière. Les fils ont été enlevés le neuvième jour. L'angle interne de la plaie a donné lieu à quelque peu de suppuration, qui s'est tarie sous l'influence de pansements à l'oxycyanure de mercure.

L'épistaxis a disparu définitivement le douzième jour.

L'ecchymose conjonctivale a cédé le quinzième jour, de même que la conjonctivite, suite de l'écoulement probable d'une goutte de pus, provenant de la plaie cranienne.

En aucun moment, le blessé n'a présenté de réaction cérébrale ; il a conservé le souvenir intégral de son accident et des circonstances qui l'ont précédé.

A... demande instamment sa sortie de l'hôpital le 9 février, soit le vingt-septième jour après son accident. Il est parfaitement guéri. Une cicatrice souple et peu apparente, que le sourcil tend à masquer partiellement, recouvre une perte de substance osseuse ovalaire de 5 centimètres de grand diamètre, par laquelle on perçoit le battement cérébral. Le sujet n'accuse aucune douleur ni à la pression, ni spontanément.

Nous pouvons considérer cette guérison comme momentanément parfaite, et n'atténuant en aucune manière la valeur fonctionnelle de l'individu.

* * *

La lecture, même superficielle, de ces trois observations qui se superposent, permet cependant de constater que, pour des lésions de nature et d'apparence similaires, il existe une symptomatologie un peu divergente. Par exemple, en ce qui concerne les réactions psychiques, nous constatons de l'amnésie antérograde assez fugace, de l'amnésie très vite dissipée portant exclusivement sur l'accident, et dans le troisième cas une conservation vraiment surprenante des sentiments et du souvenir.

La suppuration qui survient, chez le cavalier M..., atteint, dans des circonstances absolument identiques à celles où fut frappé le cavalier T... (obs. 1), porteur comme lui d'une irradiation fissuraire de la voûte orbitaire et d'une lésion concomitante des cavités endonasales, traité au surplus par des procédés absolument semblables sous le couvert d'une antisepsie identique, exprime, nous semble-t-il, l'énorme part d'inconnu qu'il faut attribuer aux réactions individuelles contre les causes de suppuration.

La lésion sinusale ne se traduit pas non plus par des signes objectifs identiques. T... (1) a présenté de l'épistaxis que nous ne sommes pas autorisés à attribuer à cette lésion. Par la suite, il ne ramènera aucune mucosité sanguinolente, tandis que M... (2) ne présente d'épistaxis à aucun moment, mais dès le lendemain rejette des mucosités sanguinolentes par la narine droite.

A... (3) saigne abondamment du nez avant son entrée à l'hôpital ; à l'ouverture du sinus frontal, on trouve d'ailleurs un caillot sanguin occupant les deux sinus, puisque la paroi médio-sinusale n'existe plus. Dans les jours ultérieurs, ce qui domine la scène, c'est l'évacuation abondante par les deux narines de mucosités sanguinolentes.

L'issue de l'air par la plaie renseignée par les auteurs comme faisant partie du tableau symptomatique des fractures des sinus frontaux, n'a pas été recherchée ; cette constatation étant absolument superflue et l'insistance que l'on pouvait mettre à faire naître ce symptôme, offrant la chance d'entraîner dans le foyer de la fracture des éléments microbiens charriés par les mucosités nasales. Les fractures étant ouvertes, il est inutile d'ajouter que l'emphysème sous-cutané était impossible.

En résumé, cette participation du sinus frontal à la fracture n'a pas semblé avoir une influence bien considérable sur la marche de l'affection.

La propagation d'un trait de fracture au plafond orbitaire, observé dans les trois cas, n'a pas apporté de dommage particulier en l'occurrence. La chose est à noter, car les traits de fracture de la base du crâne, si minimes soient-ils, sont une porte ouverte à l'invasion microbienne et à l'envahissement des membranes intracraniennes. Remarquons toutefois que, de tous les traits de fracture intéressant la base du crâne, les fêlures de la voûte orbitaire doivent offrir le minimum de danger d'infection, puisqu'elles donnent communication avec des espaces clos, virtuellement aseptiques, et que l'on ne peut considérer comme infectés que lorsque la violence les a directement intéressés en lésant leur continuité.

Dans les observations II et III, l'ecchymose sous-conjonctivo-palpébrale précoce au premier jour, a traduit objectivement la fissure du plafond de l'orbite. Nous n'avons observé aucun autre phénomène et l'épanchement sanguin dans le tissu cellulaire de l'orbite n'a pas été suffisant pour déterminer des troubles oculaires, ou le moindre signe d'exophtalmie, si léger soit-il. Dans l'observation I il n'y eut même pas d'ecchymose et la lésion du plafond de l'orbite est une trouvaille opératoire.

Le traumatisme ayant porté sur la région frontale droite, il est intéressant de constater une fois de plus le peu de déficit cérébral qu'entraînent les lésions sus-jacentes à cette région silencieuse de l'encéphale, voire même le peu de retentissement auquel donne lieu une perte de substance des circonvolutions à ce niveau. Ce fait est bien connu des auteurs, et de nombreuses observations attestent ce point de doctrine. Cette particularité est d'ailleurs plus spécialement frappante lorsqu'il s'agit de plaies par armes à feu où la balle traverse les circonvolutions frontales on y épuise sa force vive en s'y logeant.

Dans les *Archives médicales* mai 1904), nous lisons une observation de M. le médecin de bataillon Waffelaert, fort instructive à ce point de vue. Il s'agit d'un militaire qui se loge par mégarde une balle de Browning dans la région frontale du côté droit. Perte de connaissance très momentanée. Le blessé revient bientôt à lui, raconte son accident et ne présente aucun phénomène nerveux.

Le lendemain, on le sonmet à une opération très analogue à celle que nous avons décrite ; dans le fond de l'orifice on retrouve la balle et son enveloppe de nickel et on prélève une demi-cuiller de bouillie cérébrale, après avoir enlevé la balle ; six semaines après, le blessé reprenait son service sans avoir présenté le moindre symptôme cérébral, bien que le cerveau ait été manifestement lésé au niveau de la circonvolution frontale supérieure droite.

Un exemple absolument analogue est rapporté dans les *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires* (1905) par le médecin-major Pourrat

(obs. II). Un militaire tente de se suicider par coup de revolver. La balle abrase les frontaux de droite à gauche, les ravine dans tout l'épaisseur et enlève la dure-mère comme à l'emporte-pièce, en éraflant de plus la substance cérébrale. A un certain moment de l'évolution de la fracture, la partie herniée des lobes frontaux s'est sphacélée. En aucune façon, le patient n'a présenté de symptômes cérébraux, ni symptômes épileptoïdes.

Il ne faudrait cependant pas ériger en dogme absolu l'innocuité de toute lésion des lobes frontaux. Remarquons au surplus que les lésions atteignant les lobes frontaux gauches réservent un pronostic plus sombre.

L'observation n° III du médecin-major Pourrat (travail cité plus haut) en serait la preuve immédiate.

Un cavalier fait une chute de cheval et tombe sur la tête ; on le transporte dans le coma, il meurt deux heures après. A l'autopsie, on trouve un trait de fracture intéressant le frontal droit de l'angle antéro-supérieur des pariétaux vers l'angle externe de l'orbite. L'examen du cerveau fait constater une attrition complète de la substance cérébrale à la partie antérieure et inférieure du lobe frontal gauche.

Dans les cas qui nous occupent, si le retentissement immédiat du traumatisme cranien sur le fonctionnement cérébral peut être assez peu marqué, il faut cependant réserver le pronostic éloigné, d'une façon extrême.

Un tout récent article du professeur Bérard (*Bulletin médical*, février 1913), conclut nettement en ce sens :

« Tous les blessés par traumatisme du crâne,
» surtout ceux atteints de fracture, qu'ils aient
» guéri spontanément en quelques jours avec ou
» sans opération, ou qu'ils aient traîné une con-
» valescence plus ou moins longue, plus ou moins
» accidentée, doivent être considérés comme des
» sujets fragiles dont la capacité professionnelle
» sera presque toujours amoindrie. »

On ne peut mieux dire, ni dire plus vrai. L'observation de M. le médecin principal de 1re classe Fourrier, parue dans les *Archives médicales* d'avril 1911, est un saisissant exemple de la réalité de ces allégations.

Le cas rapporté est superposable, à peu de choses près, à deux des cas que nous avons relatés : coup de pied de cheval atteignant la région frontale droite, souillure de la plaie par des fragments de litière, épistaxis, trait de fracture décrivant une ellipse de 4 centimètres de longueur sur 3 de largeur.

Une esquille de la table interne est enlevée sur une étendue triple de celle de la table externe. Une fissure se prolonge du côté temporal.

Le blessé a présenté de l'amnésie relative portant sur les circonstances qui ont accompagné son accident et cette lacune est demeurée permanente ici. A un certain moment, il y a eu quelques signes de compression cérébrale due à une rétention de sérosité sous le lambeau cutané, bien vite amendée par la libération des points de suture. Par la suite, un peu de suppuration mais aucune température. Cicatrisation parfaite un mois après l'accident par une cicatrice adhérente aux parties sous-jacentes dans la partie moyenne.

Après la cicatrisation, le soldat s'est remis à accuser de la céphalée siégeant à la région droite lésée, il se plaint de retentissement du choc pendant la marche. Six semaines après l'accident, douze jours après la cicatrisation, le malade tombe sans connaissance, frappé par une atteinte de petit mal épileptique, et depuis ce jour les attaques se sont produites presque journellement.

Le pronostic doit donc être d'une réserve extrême dans tous les cas de fracture du crâne et si les blessés dont nous avons relaté l'histoire semblent avoir momentanément échappé à toute complication cérébrale, on ne pourrait affirmer avec certitude qu'ils sont indemnes à tout jamais.

La thérapeutique mise en œuvre s'est inspirée de la trépanation systématique que certains auteurs préconisent actuellement dans tous les cas de fracture du crâne.

Autrefois — il n'y a pas si longtemps d'ailleurs — l'inspection décidait de l'intervention ; au besoin les plaies des parties molles étaient agrandies après une désinfection soignée, pour mieux voir. « En cas de simple fissure on pansait à plat ;
« on trépanait au contraire, soit pour établir un
« drainage, si l'on avait constaté un écoulement
« sanguin séreux ou louche à travers une fenêtre
« à bords écartés, soit pour extraire des esquilles
« détachées, soit pour relever des fragments en-
« foncés, en conservant ceux qui n'étaient pas
« souillés ou qui ne risquaient pas d'exercer quel-
« que compression ultérieure. L'indication pri-
« mordiale était l'hémostase et le drainage de la
« fracture ouverte.

« Les autres cas étaient abandonnés à leur
« évolution (Bérard). »

En somme, les trois cas envisagés plus haut, justifiaient la trépanation en se rapportant uniquement à ces règles admises depuis longtemps ; tout au plus dans l'observation II aurait-on pu hésiter, vu l'enfoncement minime, si l'on n'avait eu des règles nouvelles d'après lesquelles on peut désormais se guider.

L'intervention à outrance a gagné des partisans convaincus. Il est généralement admis, à la suite de Picqué et de Quénu, que la moindre fissure osseuse est une porte ouverte à l'infection, dont les conséquences prochaines ou éloignées sont d'une gravité extrême. D'après ces auteurs, la compression osseuse est infiniment plus rare et d'importance plus minime que ces infections atténuées qui conduisent à la démence traumatique ou à l'épilepsie et d'autres désordres cérébraux. Cette possibilité d'infection et le danger des complications qui peuvent en résulter ont amené certains chirurgiens, notamment Picqué, à intervenir d'emblée dans tous les traumatismes craniens compliqués de plaie.

Dès lors, l'interrogatoire des fonctions, la ponction lombaire et d'autres moyens de diagnostic perdent énormément de leur importance pour justifier une intervention. Toute fissure osseuse découverte est aussitôt creusée à la gouge et au maillet, la dure-mère est soumise à l'inspection la plus minutieuse et toute rétention ultérieure est définitivement ajournée.

Cette thérapeutique est celle de l'avenir, car elle est rationnelle et prévoyante, elle s'étaye par une application de plus en plus étendue et par des succès opératoires de plus en plus nombreux. Si l'on veut s'en convaincre, il faut s'en rapporter aux statistiques concluantes de Schönwerth et de Kutzenau cités par Bérard, qui relatent des observations dont les résultats sont des plus encourageants.

REVUE CLINIQUE

Le signe musculaire de Pottenger

Pottenger (1) désigne la rigidité des muscles du cou comme un nouveau signe important dans la diagnostique de la tuberculose pulmonaire. Un spasme musculaire aigu des muscles auxiliaires cervicaux de la respiration indiquerait une tuberculose naissante aiguë du sommet du poumon ; une indication plus ou moins forte de ces muscles serait le signe de processus chroniques tuberculeux, par extension aussi de foyers anciens inactifs. Wolff-Eisner s'est rallié à cette conviction, tandis que Hart (2) arrive aux conclusions suivantes : « S'il existe un spasme des muscles cervicaux qui recouvrent la phtisie pulmonaire, cela porte à supposer que la « prédisposition mécanique » à la phtisie tuberculeuse du sommet du poumon est présente. Que les sommets du poumon soient déjà le siège d'une infection tuberculeuse aiguë, c'est ce qu'on ne peut conclure avec sûreté que s'il existe d'autres symptômes subjectifs et objectifs.

Runeberg (3) n'accorde d'importance spéciale à la méthode Pottenger que si elle est employée conjointement avec l'auscultation.

Bredow (1) n'a pas pu trouver confirmation du signe de Pottenger avec les éléments que lui fournissait le sanatorium de Ronsdorf. Il est bien certain qu'il se produit souvent des différences dans l'état de contraction et dans la consistance des muscles de la région du thorax supérieur. Mais elles trouvent leur explication naturelle dans les douloureuses irritations qui conduisent à un apaisement d'une partie du thorax, en outre dans des moments habituels (occupation !) de la statique de la colonne vertébrale thoracique et dans la construction de l'ouverture supérieure du thorax.

Rather (2) pense que, dans le développement de la phtisie pulmonaire tuberculeuse, il se produit des lésions des muscles respiratoires, lésions qui sont amenées aussi bien par la progression du processus tuberculeux *per continuitatem et contiguitatem* que par la dissémination du virus tuberculeux dans les voies de la circulation du sang. Il conteste le bien-fondé de l'opinion de Pottenger suivant laquelle les phénomènes musculaires du scalène décrits plus haut doivent être rapportés à des lésions, et suivant laquelle ces phénomènes amèneraient la possibilité d'un diagnostic différentiel exact entre une tuberculose latente et une rigidité musculaire, cause de troubles anatomico-fonctionnels dans la région supérieure du thorax prédisposant à la tuberculose du sommet des poumons, ainsi que Hart le suppose. Parmi 82 cas de tuberculose du premier stade, Amrein (3) trouva, dans les inflammations intra-thoraciques, spécialement dans la tuberculose pulmonaire, 64 cas avec spasme ou rigidité des muscles sur la pointe du poumon fraîchement atteinte de tuberculose ; dans le deuxième stade il trouva sur 69 cas 35 individus avec spasme, 4 avec dégénération; dans le troisième stade sur 15 cas il en constata 5 avec spasme et 3 avec dégénération. Les symptômes musculaires ne décident pas de l'intensité, de l'activité ou de l'inactivité de la maladie.

Pomeroy (4) considère la rigidité musculaire comme digne d'attention, mais il ne pouvait se convaincre qu'elle se rencontrât souvent avec une tuberculose latente ou constatable.

On trouve dans les nouveaux travaux de Pottenger (5) une étude approfondie de la question présente. Ces travaux s'appuient étroitement sur des faits anatomiques et physiques.

REVUE DE PATHOLOGIE

Etats pathologiques se rattachant à des insuffisances alimentaires

Les recherches récentes ont montré, contrairement à l'opinion généralement reçue jusqu'à ces derniers temps, qu'une alimentation rationnelle ne dépend pas seulement de sa teneur en proportions suffisantes, en albumines, en hydrates de carbones, en combinaisons minérales de diverses sortes et en eau, comme matériaux alimentaires ; mais que le mode de groupement des albumines, de même que la présence d'éléments qu'on ne connaissait pas et dont, par suite, on n'avait pas tenu compte jusqu'ici dans l'alimentation, avaient une importance consi-

(1) Pottenger, Die Rigidität der Muskeln. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910, Nr. 16.
(2) Hart, Das Wesen und die Beteutung der Rigidität der Muskeln als Zeichen der tuberculosen Lungenspitzenerkrankung Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910, Nr. 23.
(3) Runeberg, Pottengers « ligt touch palpation ». Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910, Nr. 23.

(1) Bredow, Uber Vorkommen und Ursachen der Muskelrigidität im Bereich des oberen Brustkorbes. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1913, Nr. 8.
(2) Rather, Uber die von Pottenger beschriebenen Phänomene des Muskelspamus und der Muskelrigidität. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1912, Nr. 27.
(3) Amrein, Pottengers Lehre von den Muskelveranderungen (Spasmus und Degeneration) bei intratherakalen Entzündungen, spez. bei Lungentuberkulose. Korrespondenzblatt für Schweizer Arzte, 1912, Heft 29.
(4) Pomeroy, Boston medizinische Journal 1912, Nr. 21.
(5) Pottenger, Muskelspasmus und Muskeldegeneration. Beiräge zur Klinik der Tuberculose, 1912, Band 22, Heft 1; auch Spasm of the neck and chest muscles including she diaphragm in the diagnosis of harly special tuberculosis. Zeitschrift für Tuberkulose, 1912, Band 19, Heft 4.

dérable pour l'équilibre organique des animaux supérieurs. Dans son rapport présenté au récent congrès de médecine de Londres, M. S. H. Shanmann (de Hambourg) passe en revue les résultats obtenus, à l'heure actuelle, sur les points suivants :

1° Une alimentation, même composée, en quantité suffisante, des matériaux alimentaires ci-dessus énumérés, est incomplète et, dans l'albumine introduite, il manque certains amino-acides (arthropoièse de l'organisme) ;

2° Une alimentation rationnelle dépend surtout de sa teneur en certains composés jusqu'ici inconnus ou considérés comme non essentiels, dont les proportions dans les aliments paraissent relativement très faibles et variables ;

3° Parmi ces composés, jusqu'ici, on a isolé à l'état cristallisé une *vitamine* dont le mode d'action, au moins indirect, est mis en lumière par l'auteur ;

4° Cette base azotée n'est, selon toute apparence, qu'une des multiples combinaisons qui, outre les matériaux nutritifs indiqués plus haut, sont nécessaires dans une alimentation rationnelle ;

5° Ces composés, habituellement contenus en faible proportion dans la plupart des aliments se trouvent relativement en plus grande abondance dans certaines substances végétales et animales (levure, péricarpe des graminées, testicules, cerveau, cœur, ovules des mammifères et surtout des oiseaux). C'est à cette circonstance que ces dernières substances doivent leur rôle salutaire et protecteur ;

6° Les composés connus, jusqu'ici, n'existent qu'en faible proportion à l'état libre : la plupart se rencontrent dans les aliments sous forme de corps d'une haute complexité moléculaire, et, pour une part, à l'état de combinaisons phosphorées (phosphates, nucléine, etc.) ;

7° Leur mode d'action montre qu'ils jouent le rôle de facteurs intermédiaires dans les échanges organiques, avec une action propre et spécifique pour chacun de ces composés) ;

8° L'absence de l'insuffisance d'un ou de plusieurs de ces composés paraît entraîner, selon le mode d'action propre à chacun d'eux, des troubles spécifiques des échanges organiques, troubles dont l'effet se révèle dans quelques maladies infantiles plus ou moins typiques (béribéri, scorbut, maladie de Moller-Barlow, pellagre, etc.) ;

9° La plupart de ces composés se comportent comme des substances très instables, facilement altérées par le temps, la chaleur, les alcalis, comme par les champignons et les moisissures, etc.).

10° Les procédés connus jusqu'ici pour l'obtention de cette classe de corps à l'état pur, sont très imparfaits et ne permettent ni de les isoler, ni de savoir s'ils existent à l'état libre ou sous forme de combinaisons complexes, ni même laquelle de ces combinaisons se trouve réalisée, dans les aliments envisagés ;

11° En raison de ces difficultés, on ne peut dire d'avance avec certitude si les corps appartenant à ce groupe, qui renferment du phosphore, ne jouent pas quelque rôle dans la teneur en phosphore de la molécule organique complète. Un choix d'observations pour et contre montre que les échanges phosphorés sont influencés d'une façon particulièrement favorable par la présence de l'un ou de plusieurs des corps en question.

DISPARITION DE TRIBUS SIBÉRIENNES

Le nombre des indigènes de Sibérie décroît de jour en jour et l'ethnographe russe, M. Makarento, prévoit la disparition prochaine de nombreuses tribus indigènes. On peut citer notamment le peuple des Orotchones qui mène une vie nomade dans la région des rivières Neres, Kirenga et Vitin.

Les choses se passent donc en Sibérie comme en Amérique. La pénétration du blanc a eu pour résultat dans les deux contrées l'anéantissement ou la disparition de la population indigène.

REVUE DE CHIRURGIE

Abcès sous-urétral chez la femme

Par M. MULLER
Chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne

Les abcès sous-urétraux chez la femme constituent une affection de l'appareil génito-urinaire relativement fréquente, mais assez modeste dans ses manifestations cliniques pour être passée à peu près sous silence dans les traités didactiques. Il s'agit là cependant d'une affection ayant une allure clinique bien spéciale. En voici un cas typique, que nous avons observé dans le service de M. Blanc, que nous avons l'honneur de suppléer.

OBSERVATION. — L... Julie, âgée de 38 ans, entre le 12 avril 1913, à l'hôpital de Bellevue, pour des pertes blanches et des douleurs (sensations de cuisson et de chaleur) ressenties depuis quelques jours du côté du vagin. Elle présente d'autre part, un peu de température (38,5) à l'entrée.

On pratique un toucher vaginal, pensant à une histoire banale de métro-salpingite et, tout en constatant l'absence de signes objectifs nets du côté de l'utérus et des annexes, on est frappé par la sensation d'une tuméfaction de la paroi vaginale antérieure qui tombe dans le vagin. La pression du doigt refoule et déprime cette tuméfaction en même temps qu'on sent s'écouler au niveau de la vulve, un liquide qui souille le doigt.

En regardant les choses de près, on voit que ce liquide est du pus franc et qu'il s'écoule par l'urètre. En écartant les lèvres, on constate alors que la tuméfaction perceptible au doigt est visible sous forme d'une voussure saillante, de la grosseur d'un œuf de poule, qui se termine à un centimètre environ en arrière du méat urétral. La paroi vaginale, au niveau de la voussure, est plus rouge que normalement et légèrement œdématiée.

En pressant la voussure avec l'extrémité du doigt, on détermine en même temps que l'affaissement de la voussure, une véritable éjaculation purulente par le méat.

Il s'agit indiscutablement d'un abcès de la cloison de l'urètre et communiquant avec ce canal.

L'intervention a consisté dans une petite incision d'un centimètre située immédiatement en arrière du méat, suivie d'un petit décollement sous-urétral permettant d'arriver à la partie la plus antérieure de la poche ; la poche ainsi ouverte fut curetée. Une petite mèche de gaze fut laissée 24 heures. La cicatrisation fut obtenue complètement en une dizaine de jours, sans aucune fistule.

Ces abcès sous-urétraux chez la femme ont été décrits pour la première fois en France, par Huguier, en 1847, sous le nom d'abcès du septum urétro-vaginal, dans un mémoire présenté à la Société de Chirurgie de Paris. Depuis, de nombreux cas on été publiés. Parmi les travaux d'ensemble nous citerons la thèse de Callavassy, (Lyon, 1894) inspirée par Augagneur, et plus récemment, le mémoire de *Fellner* (Monatschr fur Geburstb und Gynäc, 1907), celui de *Lejars* (Semaine médicale 1908 (p. 361) enfin la thèse toute récente de *Carlet* (Lyon 1913), inspirée par notre maître M. le Professeur Rochet. Cette thèse comporte quatre observations lyonnaises récentes.

Le tableau clinique offert par les abcès sous-urétraux est à peu près indentique dans toutes les observations.

Ils mettent pour se développer un temps variable : de quelques jours ou de quelques semaines ; la malade, présentant en général depuis plus ou moins longtemps des pertes blanches, éprouve des sensations de chaleur, de brûlures du côté du vagin, parfois de la cuisson lors de la miction et de la pollakiurie. Ces sensations sont plus ou moins vives ; elles peuvent être cependant assez effacées pour ne pas retenir l'attention de la malade, et l'abcès se développe alors sans grand fracas, se manifestant seulement par le trouble et la purulence de l'urine, dont la malade s'aperçoit un beau jour. Les malades sont d'ailleurs souvent peu explicites sur le début de l'affection, dont les symptômes subjectifs propres n'ont pas toujours des caractères bien tranchés.

A la période d'état, l'affection est véritablement typique : le toucher et la vue permettent d'en faire un diagnostic aisé. On aperçoit à l'examen vulvo-vaginal, entre les lèvres écartées, une tuméfaction médiane siégeant sur la paroi vaginale antérieure, commençant à un ou deux centimètres en arrière du méat, s'arrêtant d'autre part en haut, à une certaine distance du col utérin, restant séparée de lui par un sillon. Cette tuméfaction est en général peu tendue ; elle se déprime et se vide partiellement sous le doigt, le pus sortant alors en plus ou moins grande abondance par le méat de l'urètre. Il est exceptionnel que l'abcès ne présente aucune communication avec l'urètre et que la pression ne fasse sourdre aucune goutte de pus au méat ; Lejars en cite une observation dans son mémoire de la Semaine Médicale de 1908. Il s'agissait d'une malade dont les accidents remontaient à huit jours seulement. Il est probable que ces abcès fermés ne restent tels que peu de temps et qu'ils finissent par s'ouvrir dans l'urètre à plus ou moins brève échéance. En résumé, tuméfaction de la paroi vaginale antérieure, qui se déprime sous la pression du doigt en même temps que du pus s'écoule par l'urètre, telle est la caractéristique de ces abcès sous-urétraux.

Le diagnostic ne souffre guère de difficulté. Si la tuméfaction vaginale peut en imposer à un examen superficiel pour d'autres affections, l'issue de pus par l'urètre, en appuyant sur cette tuméfaction, ne permet pas l'erreur. La *cystocèle* vaginale siège en général plus profondément, et sa réduction ne s'accompagne d'aucun écoulement liquide par le méat. *L'urétrocèle* pourrait prêter davantage à confusion ; cependant, lorsqu'on appuie sur la poche diverticulaire qui constitue l'urétrocèle, le liquide qui s'écoule par le méat est de l'urine, parfois un peu trouble, mais ce n'est pas du pus franc. Les *kystes du vagin*, assez fréquents sur la paroi antérieure, peuvent être plus ou moins réductibles à la pression, mais ils ne se vident pas et aucun écoulement ne se fait par l'urètre. Il en est de même des autres tumeurs solides. Bref, l'hésitation ne peut être de longue durée pour ces diverses affections.

Au point de vue *anatomo pathologique*, il est assez difficile d'être fixé d'une façon rigoureuse sur le point de départ des abcès sous-urétraux. Il semble cependant qu'il faille considérer les nombreuses glandes annexées à la muqueuse de l'urètre, qui plongent sous forme de diverticules et de canalicules plus ou moins profonds et ramifiés vers le septum urétro-vaginal, comme les foyers primitifs des abcès qui nous occupent.

Fellner a particulièrement insisté sur cette origine, et il a étudié avec minutie ces diverses formations glandulaires ou pseudoglandulaires de l'urètre de la femme. Parmi ces formations, il faut mettre au premier rang, celles désignées sous le nom de glandes et de canaux de Skene, qui ne manquent à peu près jamais. Les canaux de ces glandes débouchent dans la partie antérieure de l'urètre, à l'intérieur même du méat, par deux petits orifices situés de chaque côté de la ligne médiane. Ces orifices conduisent chacun dans un canal qui après avoir cheminé sur une certaine longueur parallèlement à l'urètre et être resté très adhérent à la muqueuse pendant ce trajet, devient oblique en dehors et en arrière et se termine par un nombre variable de culs-de-sac glandulaires qui plongent dans la tunique

musculaire ou même la traversent et sont enfouis dans l'épaisseur du septum urétro-vaginal.

Il est facile de concevoir que ces diverses formations logées dans la muqueuse urétrale, dans la sous-muqueuse ou le septum urétro-vaginal puissent être facilement infectées par les microbes nombreux qui pullulent dans l'urètre et dans la vulve, et servir ainsi de point de départ à l'abcès de la cloison urétro-vaginale.

Dans quelles conditions se développent ces abcès ? Quels sont les agents microbiens en cause ? Ces conditions ne sont pas univoques et les microbes rencontrés n'ont rien de spécifique. Maltzenauer, qui étudia la flore microbienne dans neuf cas d'abcès (Wien, Klin, Wochenschrift, 6 novembre 1902), trouva trois fois le gonocoque seul, cinq fois ce même microbe associé au staphylocoque, et une fois le staphylocoque seul. Il paraît bien que le gonocoque entre en jeu dans la majorité des cas et que ces abcès s'observent avec prédilection chez des femmes atteintes de blennorragie, soit aiguë, soit chronique, par infection des glandes urétrales. L'origine gonococcienne est toutefois loin d'être exclusive, et dans un certain nombre de cas il est impossible d'incriminer le gonocoque ; on ne trouve cliniquement aucun signe positif de blennorragie présente ou passée, pas de douleur à la miction, pas d'écoulement urétral antérieur, pas de pertes blanches, et, d'autre part, la recherche du gonocoque reste négative. L'abcès peut relever alors d'une infection banale, due au staphylocoque, au streptocoque. D'autres fois, c'est le colibacille qui paraît être l'agent pathogène. Fellner a rapporté deux cas de poches suppurées sus-urétrales observées chez des vierges et qui ne contenaient que du colibacille. On sait, d'ailleurs que le colibacille est un hôte fréquent de la région anovulvaire, et l'on comprend qu'il puisse, soit directement, soit à la faveur d'un traumatisme ou d'une érosion, être l'agent de la suppuration.

L'origine glandulaire, nettement démontrée par les recherches de Fellner, n'est pas la seule ; elle répond particulièrement aux abcès qui se forment spontanément et d'une façon autonome. Mais il en est d'autres dont la formation est différente, et qu'il convient de passer rapidement en revue.

Il faut signaler tout d'abord un petit groupe d'origine traumatique incontestable. Il peut se produire, au cours d'un accouchement des hématomes de la cloison urétro-vaginale qui peuvent secondairement, et parfois à assez longue distance, suppurer et donner naissance à des abcès. D'autre part, les érosions ou déchirures consécutives à l'accouchement peuvent constituer un point d'inoculation. Dans une autre catégorie, les corps étrangers de l'urètre, les calculs du canal peuvent servir de point de départ à la suppuration. Enfin, certaines affections préexistantes, telles que les kystes de la cloison, ou même les urétrocèles, pourront à un moment être le siège d'un processus infectieux et former de véritables abcès.

Le *pronostic* des abcès sous-urétraux est assez bénin. Ce n'est qu'exceptionnellement que ces suppurations prennent une allure phlegmoneuse et envahissante. Assez rapidement, en effet, les abcès se font jour par l'urètre, plus rarement par le vagin, et évacuent ainsi leur contenu purulent. Ce n'est là du reste qu'une pseudo guérison ; la poche ne disparaît que pour se remplir de nouveau et donner lieu à un écoulement purulent par l'urètre sans tendance à se tarir spontanément.

Cet écoulement expose la femme à des phénomènes de cystite et d'infection ascendante. D'autre part, dans le cas où les abcès, qu'on a laissé évoluer sans soins, se sont ouverts dans le vagin et dans l'urètre, il peut en résulter des fistules urinaires de traitement assez difficiles. Enfin, les poches purulentes et les fistules, abandonnées à elles-mêmes, pourront subir un travail de sclérose inflammatoire, aboutissant à la formation de callosités, d'indurations plus ou moins étendues.

Traitement. — Etant donné que l'ouverture spontanée de l'abcès dans l'urètre ne constitue pas un mode de guérison, il convient d'opposer à ces suppurations une thérapeutique chirurgicale active. Cette thérapeutique est d'ailleurs fort simple ; elle consiste à inciser l'abcès par le vagin. Le plus ordinairement on se contente d'une incision longitudinale, parallèle à la direction de l'urètre, de 2 centimètres de longueur environ, pratiquée sur la ligne médiane, à la partie la plus saillante de l'abcès. Celui-ci étant vidé, on peut compléter l'intervention par un curetage léger des parois de la poche. On laisse pendant deux ou trois jours dans le trajet de l'incision un drain ou une petite meche de gaze, pour prévenir la réunion immédiate et assurer le drainage. On obtient ainsi le plus souvent le tarissement de l'abcès et sa guérison en quelques jours.

Quelques chirurgiens reprochent à cette manière de faire, (incision directe et franche de la partie saillante de la poche), d'exposer à des fistules urétro-vaginales, dont la cure est difficile. C'est là un reproche peut-être un peu théorique, et la lecture des observations montre que cette éventualité est bien exceptionnelle. Il est certain, toutefois, que la méthode d'incision préconisée par notre maître, le professeur Rochet (enseignement oral, thèse de Carlet), donne le maximum de garanties et permet plus que tout autre d'éviter la fistule. Ce procédé consiste à ouvrir l'abcès indirectement, par l'intermédiaire d'un petit trajet créé chirurgicalement dans la partie saine de la cloison urétro-vaginale ; c'est le *procédé du dédoublement de la cloison*. On fait pour le réaliser une petite incision d'un centimètre environ immédiatement au-dessous et en arrière du méat, puis avec la sonde cannelée ou les ciseaux, on décolle d'avant en arrière, en passant par cette incision, la paroi vaginale du canal de l'urètre. Après un décollement d'un centimètre et demi à deux centimètres, l'on arrive ainsi sur l'abcès lui-même, que l'on crève et que l'on vide. Un drain ou une mèche est laissé un jour ou deux dans l'espace décollé. Certains chirurgiens placent dans l'urètre une sonde de Pezer : en réalité cela n'est pas nécessaire.

La guérison s'obtient par ce procédé aussi rapidement que par le procédé ordinaire, et la formation d'une fistule est à peu près impossible. C'est lui que nous avons utilisé dans notre observation. Il nous a donné pleine satisfaction. (1).

(1) *Soc. des scienc. médic. de Saint-Etienne.*

La Rachianesthésie générale

Par M. le Professeur JONNESCO (de Bucarest)

Depuis 1908, quand j'ai fait connaître ma méthode d'anesthésie par l'injection dans le rachis d'une solution de stovaïne et de strychnine pour toutes les opérations de la tête aux pieds, le malade conservant sa parfaite conscience, j'ai rencontré beaucoup d'incrédules, mais aussi d'enthousiastes adeptes. Aussi, grâce à ces derniers, je puis apporter ici la statistique de 11.324 opérations, pratiquées rien qu'en Roumanie à l'aide de ma méthode, dont 1.035 opérations hautes (tête, cou, membres supérieurs et thorax) et 10.289 basses (abdomen, perinée, membres inférieurs). Personnellement, j'ai pratiqué 2.426 opérations dont 505 hautes et, depuis cinq ans, je n'ai jamais eu recours pour mes opérations à l'hôpital ou dans ma pratique privée, au chloroforme ou à l'éther, ayant pu faire toutes mes interventions à l'aide de mon anesthésie et cela sans un seul cas de mort, ni aucune complication immédiate ou tardive.

J'ai constamment cherché à rendre la méthode aussi innocente que possible, tout en lui gardant son efficacité. Aussi je suis arrivé à obtenir des anesthésies profondes, durables et étendues à tout le champ opératoire, avec des doses minimes d'anesthésiques, par la multiplication des ponctions du rachis qui sont faites aussi près que possible des racines nerveuses. J'emploie actuellement quatre ponctions seules ou associées suivant le siège de l'opération : Ponction *médio-cervicale* (entre les 3e et 4e vertèbres cervicales) pour les opérations sur la tête ; ponction *dorsale supérieure* (entre les 1re et 2e vertèbres dorsales) pour les opérations sur le cou ; ponction *dorso-lombaire* (entre la 12e vertèbre dorsale et la 1re vertèbre lombaire) associée à la précédente pour les opérations sur les membres supérieurs et la partie supérieure du thorax, seule pour les opérations sur l'abdomen et les membres inférieurs ; ponction *lombaire* (entre les 4e et 5e vertèbres lombaires) associée à la précédente pour les opérations sur les organes du pelvis, seule pour les opérations sur le périnée.

Les résultats ont été toujours excellents ; les complications tardives et redoutées par les ennemis quand même de la méthode, n'existent pas ; et la meilleure preuve de sa simplicité, de son innocuité et de son efficacité, c'est que la rachi-strichno-stovaïnisation est devenue la méthode d'anesthésie de choix, et, pour quelques-uns exclusive, dans presque tous les services de chirurgie de Roumanie, civils ou militaires. Aussi, je crois pouvoir conclure plus que jamais que le rachi-strychno-stovaïnisation qui, à l'encontre du chloroforme et de l'éther, ne connaît aucune contre-indication, deviendra la méthode d'anesthésie de l'avenir.

REVUE DE PÉDIATRIE

Intolérance d'un nourrisson pour le lait de femme

Par MM. les Docteurs LEFOUR et BALARD

L'allaitement maternel constitue bien certainement le meilleur mode de nourrissage pour les enfants, mais il existe quelques cas bien observés, très rares fort heureusement, dans lesquels le lait de la mère, et plus spécialement le lait de femme, est très mal toléré par certains nourrissons. Nous venons d'en observer un cas typique; il nous a paru intéressant de le rapporter.

Il s'agit d'une petite fille née au mois de mars 1912, dans le service de la clinique obstétricale du professeur R. Lefour. Elle cria aussitôt la naissance et elle pesait 3 kil. 200. Elle resta dans le service pendant huit semaines, sa mère ayant présenté des accidents phlébitiques assez graves pour exiger une aussi longue hospitalisation. On put donc la suivre de très près pendant ce laps de temps et noter les moindres incidents de son nourrissage.

Pendant les trois premières semaines, l'enfant fut mise au sein toutes les trois heures, ainsi que nous avons coutume de le faire, et elle présenta d'abord un accroissement régulier, quoique minime. Les quantités de lait ingurgitées à chaque tétée furent fréquemment contrôlées par la balance, de telle sorte que les accidents qu'elle présenta ne peuvent être mis ni sur le compte d'une alimentation irrégulière ni sur celui de l'hyper ou de l'hypo-alimentation.

Vers le dix-huitième jour, l'enfant commença à vomir régulièrement après chaque tétée ; elle était constipée et elle se mit à maigrir. On diminua la quantité de lait, on rapprocha l'intervalle des tétées, qui furent ramenées à deux heures, et on administra après chaque prise du sein 0,10 centigrammes de pepsine.

Ce régime fut continué pendant un mois, sans apporter d'amélioration à l'enfant. La semaine qui suivit sa sortie du service amena une chûte

de poids de 110 grammes, tandis que les vomissements continuaient.

Sur nos conseils, la mère institua l'allaitement artificiel à l'aide du lait de chèvre cru : tétées toutes les deux heures, chaque biberon contenant 45 grammes de lait et 20 grammes d'eau. L'amélioration fut tellement sensible que les vomissement s'arrêtèrent et qu'en quinze jours l'enfant augmenta de 550 grammes. Mais bientôt les vomissements reprirent, une diminution notable du poids en fut la conséquence, si bien que la mère refusa de continuer l'administration du lait de chèvre.

Nous conseillâmes alors à la mère de redonner son sein, en complétant chaque tétée p^a du bouillon de légumes. Bien qu'il y eût cinq semaines qu'elle eût cessé d'allaiter, il se fit très rapidement une montée de lait suffisante pour donner toutes les deux beures 35 grammes de lait à son enfant. (Ces chiffres sont rigoureusement exacts, la mère ayant acheté une balance et s'astreignant à peser chaque tétée. A partir de ce moment-là les vomissements disparurent à peu près complètement et l'enfant commença à augmenter régulièrement.

A différentes reprises elle essaya de donner son lait pur : aussitôt l'enfant vomissait, et l'amélioration reprenait dès qu'était administré le bouillon de légumes.

Vers le cinquième mois, nous pratiquâmes quelques injections de sérum de Quinton, sans que leur effet ait paru être bien sensible.

Au début du huitième mois l'enfant ne tétait plus que toutes les trois heures et preuait 85 grammes de lait et 25 grammes seulement de bouillon. Elle ne pesait que 4 kil. 800.

Il s'agit donc, croyons-nous, d'une intolérance spéciale pour le lait de femme, fait bien connu, mais assez rare pour retenir notre attention. La cause de cette intolérance ne résidait probablement pas dans une teneur excessive en beurre du lait de la nourrice car si le lait de cette femme n'a pas été analysé, nous savons que cette enfant a pris depuis lors quelques bouillies dans lesquelles sa mère a incorporé du beurre, sans qu'il se soit produit aucun trouble du côté de son appareil digestif ni dans sa courbe d'accroissement.

Cette intolérance, nous le répétons, constitue une rareté, mais il faut y songer chez les nourrissons bien réglés dans leurs tétées et qui présentent sans raison des troubles digestifs, inexplicables par ailleurs. (1)

REVUE D'HYGIÈNE

La fiche sanitaire individuelle dans les Ecoles de Paris

La Direction de l'Enseignement primaire vient de faire parvenir aux médecins inspecteurs des Ecoles de la Ville de Paris, les instructions suivantes :

INTRUCTIONS RELATIVES A L'ETABLISSEMENT DE LA FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE.

Page 2 *de la fiche* : indiquer la date de l'examen.

Répondre par *oui* ou par *non* aux questions relatives aux *maladies antérieures à l'entrée à l'école.*

Au titre *affections diverses*, il y a lieu de signaler les troubles nerveux, convulsions, nervosisme, crises épileptiques.

(*Une lettre sera adressée à ce sujet aux parents afin d'obtenir d'eux ces renseignements*).

Etat général. — Porter l'une des mentions suivantes : *bon, assez bon, passable, médiocre.*

Peau. — Mettre le mot « *saine* », ou indiquer les affections cutanées constatées.

Bouche et dentition. — Noter l'état général de la denture (*bon ou mauvais*) et les particularités observées.

Système lymphatique et ganglions. — Noter la présence de ganglions, notamment des ganglions cervicaux et axillaires.

Rhino-pharynx. — Noter si les amygdales sont hypertrophiées : signaler les malformations du voile du palais ; les troubles de la phonation (*bégaiement, zézaiement, etc.*), la présence de végétations adénoïdes.

Squelette et articulations. — Noter la conformation de la tête, l'asymétrie faciale, le prognathisme, le rachitisme, la coxalgie, l'arthrite, etc., les pieds bots.

Colonne vertébrale. — Noter la cyphose, la scoliose : indiquer le degré, s'il y a ou non torsion.

Pour l'examen de *la poitrine*, observer les règles suivantes :

Mettre à nu, autant que possible, le thorax de l'enfant.

L'inspection montrera les réseaux de circulation veineuse sous-cutanée anormale.

La *percussion* s'étendra non seulement aux différentes régions des poumons, mais aussi aux régions ganglionnaires (interscapulaire et sternale).

Pour l'*auscultation*, l'enfant devra respirer posément, lentement et profondément, la bouche légèrement entr'ouverte. Le médecin devra ausculter surtout l'inspiration, en comparant ses caractères dans les régions symétriques des poumons.

Les signes de l'adénopathie trachéo-bronchique que sont résumés dans le tableau ci-dessous :

SIGNES D'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE

SIGNES FONCTIONNELS... Souvent abents.

SIGNES PHYSIQUES.	*Inspection.*	Réseau veineux sous-cutané des régions sous-claviculaire et de l'épaule.
	Percussion.	Matité des régions ganglionnaires antérieure et postérieure. Le plus souvent simple résistance au doigt.
	Auscultation.	Expiration prolongée et soufflante au niveau du hile, se prolongeant le long de la colonne vertébrale. Inspiration quelquesfois rude et soufflante, le plus souvent notablement affaiblie dans tout le poumon correspondant. Propagation anormale de la voix baute et comme étendue et comme timbre (broncho-égophonie). Transmission nette de la voix chuchotée en étendue plus ou moins grande. Voix soufflée (signe de d'Espine).

SIGNES DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

1° Période de germination.

1re *étape.* Modifications portant sur l'inspiration seulement.

Inspiration faible limitée au sommet, avec défaut d'expansion pulmonaire.

Inspiration rude (*très importante*).

Inspiration dissemblable.

2e *étape.* Modifications de l'inspiration + modifications des vibrations (augmentées).

3e *étape.* Mêmes signes + modification de tonalité à la percussion et expiration prolongée.

2° Première, deuxième et troisième périodes classiques.

Cœur. — Noter si son fonctionnement est *normal ou non* ; indiquer les lésions.

Système nerveux. — Noter s'il est normal ou anormal. Dans ce dernier cas, indiquer l'anomalie. (*Des instructions détaillées au sujet du système nerveux feront l'objet d'une note spéciale relative aux anormaux.*)

Oreilles. — Noter les affections de l'oreille externe (*otite suppurée, etc...*).

S'inspirer des prescriptions suivantes pour l'examen de l'ouïe :

EXAMEN DE L'OUIE A L'AIDE DE LA MONTRE.

But de l'examen. — Désigner les sujets dont l'ouïe est franchement *mauvaise*, on simplement *faible*, en appelant ouïe *bonne* celle de la majorité des élèves.

Salle d'examen. — Choisir une salle spacieuse, vide, silencieuse. S'il y existe une pendule, en arrêter le mouvement.

Introduire dans la salle, au nombre de 4 on 5 à la fois, les enfants qui devront *sans faire de bruit*, se tenir à distance de l'élève examiné.

(Après avoir assisté à l'examen de quelquesuns de ses camarades, l'enfant saisira sans peine les questions qui lui sont posées et il saura que le médecin-inspecteur est en mesure de vérifier l'exactitude de ses réponses.

Emploi du mètre. — Fixer au mur *bien horizontalement* un mètre, ou bien tracer sur un tableau noir une ligne *parfaitement horizontale* de 1 mètre : diviser cette ligne en vingt parties égales ; la numéroter ensuite *dans les deux sens*: 0,5,10,15,... 90, 95, 100.

Examen. — Eliminer d'abord les sujets signalés par l'instituteur comme sourds ou babituellement inattentifs et dont on aura reconnu la surdité au moyen de la « *voix parlée* ».

Examiner ensuite, pour chacun des autres élèves, l'ouïe de chaque oreille, en commençant par exemple, par l'oreille gauche.

a) Examen de l'oreille gauche. — L'écolier se place en face du médecin, le dos tourné au tableau, à l'extrémité de la ligne de 1 mètre, l'oreille gauche au zéro, il doit avoir les yeux fermés, on, au besoin, recouverts d'un bandeau, et observer un *silence absolu*. Il lève ou abaisse le bras selon qu'il entend ou qu'il ne perçoit pas le tic-tac de la montre. Son oreille droite est obturée par l'index et le médius de sa main droite, ou bien par l'index mouillé de la main gauche du médecin.

Celui-ci porte, de la main droite, la montre à 100 centimètres, 90 centimètres, puis, d'un mouvement lent, interrompu, par quelques arrêts momentanés, il la rapproche de l'oreille gauche. Il a soin de maintenir la montre dans l'axe auditif, c'est-à-dire sur une ligne non perpendiculaire au côté latéral de la face, mais dirigée légèrement d'arrière en avant.

Pour vérifier les résultats, recommencer l'épreuve en éloignant de temps en temps la montre de l'oreille ou de l'axe auditif. Noter enfin la distance *maxima* à laquelle le tic-tac a été entendu.

b) Examen de l'oreille droite. — Faire passer le sujet à l'autre extrémité de la ligne de 1 mètre pour examiner l'ouïe du côté droit.

Les examens terminés, voir quel est celui des nombres notés qui représente l'ouïe de la majorité des élèves de la classe. Si, dans une classe composée, par exemple, de 50 enfants, plus de 50 oreilles ont entendu la montre à 40 centimètres ou au-delà, diviser 40 par 2.

L'ouïe à 40, sera dite *bonne*.

De 40 à 20, *faible*.

De 20 à 0, *franchement mauvaise*.

Avec une autre montre, les nombres obtenus pourront être, par exemple, 50 et 25, ou 30 et 15, etc.

Examen simplifié. — Lorsque le médecin aura apprécié par cette méthode l'acuité auditive de 100, 200 sujets, il pourra établir une moyenne et connaître, de façon précise, le nombre représentant, d'après sa montre, l'ouïe bonne. Ce sera par exemple 40. Il lui suffira dès lors d'examiner soit à 40 centimètre seulement (*ouïe bonne*), soit à 40 d'abord, puis à 20 centimètres (*ouïe faible ou mauvaise*).

(1) Soc. d'obst., de gynécol. et de pédiat. de Bordeaux.

Examens difficiles. — Chaque fois que les résultats d'un examen paraîtront douteux, noter la valeur de l'ouïe comme *douteuse* (souvent, en pareil cas, elle est faible), mais après s'être assuré, à l'aide de la voix parlée à 10 mètres, ou de la voix chuchotée à 2 mètres que l'audition n'est pas nettement mauvaise.

Yeux. — Noter les affections du globe oculaire et de ses annexes (*conjonctivite, trachome, taies de la cornée*) ; rechercher l'acuité visuelle au moyen du procédé décrit ci-après :

Examen de l'acuité visuelle. — Suspendre dans une pièce bien éclairée, à la hauteur des yeux, une échelle optométrique de Monnoyer.

Placer l'enfant à 5 mètres du tableau. Examiner chaque œil séparément, l'œil non soumis à l'examen étant masqué par un bandeau.

Tout enfant ayant une acuité visuelle normale doit lire la dernière ligne de l'échelle de Monnoyer. S'il ne lit pas la dernière ligne, lui faire lire les autres lignes, en commençant par le haut. Inscrire sur la fiche la fraction portée en regard de la ligne qu'il pourra lire et indiquant l'acuité visuelle correspondante : 1/10e, 1/6e, 1/4, etc...

La diminution de l'acuité visuelle peut être due à une altération quelconque de l'œil, comme une taie de la cornée, mais souvent elle est simplement la conséquence de la myopie. Pour constater s'il y a myopie, rapprocher du tableau l'enfant qui, au fur et à mesure qu'il s'avance, doit lire distinctement les caractères qu'il ne lisait pas à 5 mètres.

Pour distinguer l'astigmatisme de la myopie, faire l'épreuve du trou sténopéique. A cet effet, placer alternativement, devant les yeux une carte de visite percée à son centre d'un trou d'épingle ; ce trou rend la vision normale aux myopes et non aux astigmates.

Les résultats de l'examen, comme le degré d'acuité visuelle, doivent être consignés sur la fiche.

Observation et mesures à prendre. — Sous cette rubrique, classer les enfants, d'après les résultats de l'examen, en *sains, suspects* et *malades*, ces deux dernières catégories devant faire l'objet d'une surveillance spéciale.

Noter si on doit assigner à l'enfant une place particulière dans la classe, en raison de son acuité visuelle ou auditive. Signaler les enfants qui devront, en raison de leur état, être dispensés de gymnastique.

PAGE 3 : EXAMENS ULTÉRIEURS. — Les examens ultérieurs auront surtout de l'importance pour les enfants *suspects* et les *malades*.

Il est intéressant aussi, vers la neuvième année et dans la dernière période de la scolarité, de voir si l'acuité visuelle a diminué.

Ces examens porteront surtout sur l'état des poumons et sur les organes reconnus faibles.

Noter soigneusement les maladies ayant occasionné des absences répétées et surtout les affections contagieuses connues.

Dans la colonne «OBSERVATIONS», ne pas manquer de signaler les enfants qu'il serait utile d'envoyer aux *colonies scolaires de vacances* (C. V.) ou aux *écoles de plein air* (E. P. A.) (*Employer les abréviations ci-dessus*).

PAGE 4 : TAILLE. — La taille sera prise par le maître (ou la maîtresse), la toise fixée verticalement au mur.

L'enfant devra être mesuré sans chaussures, avec seulement ses bas ou ses chaussettes. Toutes précautions seront prises pour que les résultats ne soient pas faussés.

L'opération sera effectuée le matin, alors que la fatigue n'a pas encore produit de tassement des disques intervertébraux ni d'affaissement de la taille.

L'enfant aura les talons réunis et touchant le montant de la toise, et la pointe des pieds écartée, les genoux tendus, le corps droit et d'aplomb, les bras tombant le long du corps, le regard horizontal, le cou tendu, mais sans raideur, le menton légèrement rentré dans le con.

Les enfants présentant de la cyphose ou de la scoliose ne touchent pas avec le derrière de la tête le montant vertical de la toise : il ne faut pas chercher à obtenir le contact.

POIDS. — *Cette opération sera faite également avec l'aide du maître (ou de la maîtresse).*

Placer les enfants par rang de taille. Les garçons ne garderont que leurs chaussettes, leur pantalon et leur chemise ; les filles, leurs bas, un jupon et leur chemise.

Peser toujours les enfants le matin, avant le déjeuner de midi. Cette condition est indispensable.

Veiller à ce que le plateau de la bascule soit bien en équilibre sur ces couteaux et que l'enfant monte par la partie centrale, car s'il s'appuie sur le bord, le plateau se déplace et le résultat peut être faussé.

Inscrire le poids en kilogrammes et en hectogrammes, une différence de quelques grammes présentant peu d'intérêt.

PÉRIMÈTRE THORACIQUE. (Facultatif). — Mesurer le périmètre xiphosternal en prenant comme point de repère l'appendice xyphoïde à l'union du sternum et de l'appendice.

Faire tenir l'enfant droit, lui faire soulever les bras, appliquer le ruban métrique à la hauteur xiphosternale, en ayant bien soin de le maintenir horizontal. Faire rabattre les bras le long du corps, faire exécuter à l'enfant une longue inspiration qui sera suivie d'une expiration maxima. Noter les chiffres extrêmes relevés sur le centimètre pendant l'inspiration et l'expiration et les transcrire, ainsi que leur différence, en commençant par le chiffre de l'expiration.

Exemple : 54-56-2.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Les crises subintrantes d'angine de poitrine

Par M. le Docteur Ch. FIESSINGER

Le pronostic et le traitement des crises subintrantes d'angine de poitrine ne sont l'objet que d'éclaircissements vagues dans les ouvrages classiques.

Ces crises font suite à toutes les variétés d'angine de poitrine : bénignes dans les formes névrosiques, elles entraînent fréquemment la mort quand un élément rénal, myocardique ou aortique est surajouté.

L'issue fatale peut être évitée à condition d'éviter dès les premières heures la fatigue du myocarde que ces douleurs produisent si aisément. C'est pourquoi les hautes doses médicamenteuses seront proscrites. Les petites doses de *morphine* (2 milligrammes en injections) toutes les 3 heures, associées aux faibles doses de *trinitrine* (2 à 4 gouttes de la solution alc. à 1/100, 2 à 3 fois par jour) et renforcées par l'action analgésiante et toni-cardiaque *d'une vessie de glace* sur la région du cœur viendront en général à bout de l'accès. Le régime lacto-hydrique de réduction sera maintenu dans toute sa rigueur ainsi que le repos absolu au lit.

Si la violence de la crise amène des troubles de défaillance cardiaque (extrasystoles, tachycardie, faiblesse du pouls), les petites doses de digitaline (1/10 de milligramme) l'emploi de la théobromine) 2 cachets de 50 centigrammes) et les injections d'huile camphrée remettront d'ordinaire le cœur d'aplomb, à condition toutefois que le traitement par les petites doses de morphine et l'application de la vessie de glace ait été entrepris dès les premières heures.

CARNET DU PRATICIEN

Traitement des fissures anales.

On peut essayer, en constipant le malade et en faisant alors l'antisepsie et l'asepsie de l'ulcération durant cinq jours environ, de guérir celle-ci :

Pour cela on pourra recourir aux mélanges suivants :

Onguent styrax	10 grammes
Baume du Pérou	10 —

Ou encore :

Extrait de ratanhia	3 grammes
Baume du Pérou	5 —
Huile d'amandes douces	20 —

Siredey recommande la pommade au collargol suivante :

Collargol	2 grammes
Vaseline	12 —

Immédiatement après la selle, faire une toilette soignée, puis le doigt muni d'un doigtier de caoutchouc, déposer sur le bord de l'anus un peu de pommade. Peu à peu, en frictionnant, faire pénétrer le médicament à travers l'anus. La première séance est douloureuse, les autres le sont moins et finissent par ne plus l'être.

On peut aussi associer le collargol à l'iodoforme avec adjonction de stovaïne, cette dernière supprimant la douleur que provoque le collargol.

Collargol	2 grammes
Iodoforme	1 —
Baume du Commandeur	10 —
Stovaïne	0 gr. 10
Huile de vaseline	20 gr. 20

Eczéma des parties génitales

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 20
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 50
Oxyde de zinc	2 grammes
Vaseline	20 —

Ou bien :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 50
Huile de cade	4 grammes
Glycérolé d'amidon	20 —

Etats séborrhéiques chez la femme

M. le docteur R. Sabouraud recommande dans la séborrhée féminine le traitement suivant :

Trois fois par semaine, insuffler le soir, raie par raie, et étaler avec les doigts une petite quantité de la poudre suivante :

Poudre de lycopode	10 grammes
Poudre d'iris	10 —
Oxyde de zinc	10 —
Talc	10 —
Soufre précipité lavé	10 —

(Tamiser et mélanger avec soin).

Entourer ensuite le cuir chevelu d'une fine gaze de soie pour éviter que la poudre ne tache la peau des joues et du cou, très sensibles à l'action du soufre.

Prophylaxie des affections des voies respiratoires

Pratiquer chaque jour et chaque nuit une ou plusieurs fumigations dans les locaux d'habitation avec une des mixtures suivantes :

Créosote de hêtre	10 grammes
Essence d'eucalyptus	5 —
Formol	3 —
Alcool à 95°	150 —

ou :

Acide lactique	10 grammes
— acétique	5 —
— benzoïque	3 —
Alcool à 95°	150 —

Pommade épilatoire.

La formule suivante, inoffensive, est d'action lente et faible, mais progressive, à peu près continue et efficace :

Acétate de thallium	0 gr. 30
Oxyde de zinc	2 gr.
Vaseline	20 gr.
Lanoline	5 gr.
Eau de roses	5 gr.

M. s. a. pommade.

(SABOURAUD).

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J.-Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE

CHEMINS DE FER DU NORD

Services rapides entre Paris, l'Angleterre, la Belgique, la Hollande, l'Allemagne, la Russie, le Danemark, la Suède et la Norvége.

Cinq services rapides entre Paris et Londres. Trajet en 6 h. 45, traversée maritime en 1 heure. — Départ de Paris-Nord : 8 h. 25, 9 h. 50 matin, midi, 2 h. 30, 4 heures, 9 h. 20 soir Départ de Londres : 9 heures, 10 heures, 11 heures matin, 2 h. 20 et 9 heures soir.

Six express sur Bruxelles. Trajet : 3 h. 55. — Départ de Paris-Nord : 7 heures, 8 h. 10 matin, midi 35, 4 h. 50, 7 h. 10 et 11 h. 15 soir. Départ de Bruxelles : 8 h. 21, 8 h. 57 matin, 1 h. 01, 6 h. 03, 6 h. 15 soir et minuit 07.

Trois express sur La Haye et Amsterdam. Trajet : La Haye 7 h. 1/2, Amsterdam 8 h. 1/2. — Départ de Paris-Nord : 8 h. 10 matin, midi 35 et 11 h. 15 soir. Départ d'Amsterdam : 8 h. 40 matin, 1 h. 42 et 8 heures soir. Départ de La Haye : 9 h. 35 matin, 2 h. 37 et 8 h. 57 soir.

Cinq express sur Francfort-sur-le-Mein. Trajet : 12 heures. — Départ de Paris-Nord : 7 h. 50 matin. 1 h. 45, 6 h. 20, 10 heures et 11 h. 15 soir. Départ de Francfort : 10 h. 01 matin, 6 h. 10 soir, 1 h. 02 (luxe) et 1 h. 20 matin.

Cinq express sur Cologne. Trajet : 7 h. 29. — Départ de Paris-Nord : 7 h. 50 matin, 1 h. 45, 6 h. 20, 10 heures et 11 h. 15 soir. Départ de Cologne : 4 h. 41, 7 h. 56, 9 h. 10 matin, 3 h. 12, 4 h. 19 et 10 h. 45 soir.

Quatre express sur Hambourg. Trajet : 15 h. 19. — Départ de Paris-Nord : 7 h. 50 matin, 1 h. 45, 6 h. 20 et 11 h. 15 soir. Départ de Hambourg : 7 h. 39 matin, 2 h. 44 et 11 h. 14 soir.

Cinq express sur Berlin. Trajet : 15 h. 31. — Départ de Paris-Nord : 7 h. 50 matin, 1 h. 45, 6 h. 20, 10 heures et 11 h. 15 soir. Départ de Berlin : 8 heures matin, 1 heure, 9 h. 41 soir et minuit 18.

Deux express sur Saint Péterbourg. Trajet : 50 heures, par le Nord-Express : bi-hebd. 45 heures, — Départ de Paris-Nord : 1 h. 45, 10 heures et 11 h. 15 soir. Départ de Saint-Pétersbourg : midi 45 et 11 h. 15 soir.

Deux express sur Copenhague, Stockholm et Christiania, Trajet Copenhague : 26 heures; Stockholm : 43 heures; Christiania : 49 heures. — Départ de Paris-Nord : 1 h. 45, 10 heures ou 11 h. 15 soir. Départ de Stockholm : 10 h. 27 matin et 8 h. 30 soir. Départ de Copenhague : midi 45 et minuit. Départ de Christiania : 7 h. 34 matin et 5 h. 45 soir.

VARIÉTÉS

Une nouvelle réglementation DU COMMERCE DES POISONS

Le commerce des substances vénéneuses est actuellement régi en France par l'ordonnance royale du 29 octobre 1846. Les vétérinaires, les pharmaciens, les marchands de produits chimiques sont astreints aux prescriptions qu'elle renferme, sous le contrôle d'une inspection qui doit en assurer l'observation. Mais, tant à cause de son ancienneté qu'en raison de l'évolution économique et des nouvelles nécessités qui en sont résultées pour toutes les branches du commerce et de l'industrie, l'ordonnance de 1848 est devenue, dans la pratique, inapplicable en bien des cas, si bien que le régime du « laisser faire » s'est peu à peu institué dans le commerce des substances vénéneuses.

Ainsi, pour ne citer qu'un exemple spécial à l'agriculture et qui montre à quel point l'ordonnance de 1846 est tombée en désuétude, il est interdit de faire usage de certains toxiques couramment employés cependant aujourd'hui pour protéger les récoltes entre les nombreux parasites qui les ravagent. Dans le seul département de l'Hérault, l'an dernier, il n'a pas été vendu moins de 300.000 kilogrammes de ces toxiques, composés arsenicaux pour la plupart. Or combien l'administration aurait été mal inspirée si, impuissante à fournir aux agriculteurs les moyens de se défendre contre les fléaux qui se sont abattus successivement sur les cultures, elle avait imposé le respect des textes en vigueur et interdit ainsi d'user des seuls procédés efficaces.

Elle ne pouvait pas plus y songer qu'on ne pourrait penser à interdire l'emploi des cyanures dans l'industrie de la dorure.

Mais l'abandon de toute réglementation ne pouvait-elle pas constituer un danger public? C'est ce qu'a pensé le gouvernement, et c'est pourquoi le ministère de l'Intérieur et le département de l'Agriculture ont pris l'initiative de faire élaborer par une commission nommée à cet effet un projet de réglementation pour la vente des poisons. Cette commission a terminé ses travaux. Elle a pris l'avis du conseil supérieur d'hygiène, puis celui de l'Académie de médecine, et dans quelques jours le nouveau projet va être soumis à l'approbation du Conseil d'Etat.

Dans l'élaboration de la nouvelle réglementation, la préoccupation dominante de la Commission a été de sauvegarder, dans la plus large mesure possible, l'intérêt de la santé publique en réduisant au minimum les mesures de précaution indispensables afin de ne pas amener de trop grandes complications dans les transactions commerciales.

C'est pour atteindre ce double but que les substances dont le commerce a paru devoir être réglementé ont été tout d'abord divisées en deux catégories.

La première catégorie comprend les substances les plus toxiques : ce sont les « substances vénéneuses » proprement dites. La seconde catégorie comprend les substances beaucoup moins toxiques, mais dont l'emploi offre néanmoins assez de dangers pour qu'il apparaisse nécessaire d'imposer à leur commerce certaines précautions, pas très rigoureuses, suffisantes cependant pour prévenir les accidents. Ces toxiques constituent dans la nomenclature du nouveau règlement les « substances dangereuses ».

La réglementation proposée pour les « substances vénéneuses » comporte deux titres, relatifs, l'un au commerce des substances vénéneuses destinées aux usages commerciaux, industriels et agricoles, l'autre au commerce des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine et vétérinaire.

Les dispositions générales réglementant la vente de ces toxiques sont dans leur ensemble moins rigoureuses que celles de l'ordonnance de 1846, mais cependant elles maintiennent et aggravent la rigueur des anciennes prescriptions en ce qui concerne la morphine et la cocaïne dont l'emploi abusif constitue une véritable calamité publique. C'est ainsi que désormais les médecins seraient tenus, dans la rédaction de leurs ordonnances prescrivant l'un de ces poisons, d'observer certaines obligations qui en rendraient impossible la contrefaçon ou le renouvellement. Une autre innovation intéresse les vétérinaires. Elle atténue en effet à leur profit la rigueur de la jurisprudence actuelle, en les autorisant à vendre désormais les médicaments vétérinaires toxiques dans les mêmes conditions où les médecins sont autorisés à les vendre.

La nouvelle réglementation du commerce des « substances vénéneuses » employées pour la destruction des parasites augmentera dans une large mesure la facilité des importantes transactions commerciales auxquelles il donne lieu aujourd'hui. Elle accroît également le nombre des toxiques qui pourront être employés par l'agriculture. En effet, elle autorise pour l'avenir l'usage, sous certaines conditions, de l'arséniate de plomb, qui était jusqu'ici interdit.

Le conseil supérieur d'hygiène, l'Académie de médecine elle-même s'étaient d'ailleurs montré hostiles à l'emploi des composés du plomb en agriculture, et notamment de l'arséniate de plomb. Mais les représentants de M. Clémentel ont fait remarquer que l'arséniate de plomb se montre dans la pratique plus efficace que les arsénicaux à base de cuivre, et que dans les divers pays où les arsénicaux sont employés, c'est le composé que préfèrent les horticulteurs et les viticulteurs. Ils ont fait ressortir en outre que l'agriculture est devenue aujourd'hui une industrie dont certaines opérations comportent le maniement de produits dangereux et qu'on ne saurait pas plus en interdire l'emploi aux agriculteurs qu'on ne songe, comme nous le disions, à empêcher les doreurs de se servir des cyanures. Et c'est cette opinion qui a prévalu.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les Coulisses de la Fraude. — Comment on nous empoisonne, par Paul HUBAULT, (M. Girard et E. Brière).

C'est la première fois que des précisions techniques touchant aux complexités de la falsification en matière d'aliments sont mises à la portée du grand public. Jamais ne s'est fait sentir plus vivement pour quiconque garde le souci de sa santé et de celle des siens, la nécessité d'un ouvrage exposant une mise au point des procédés mis en œuvre par la Fraude, qui exerce ses redoutables talents indistinctement dans toutes les branches des industries de l'alimentation, atteintes, elles aussi par le renchérissement général et progressif de toutes choses.

Traitement de la Syphilis par le Sérum Organique du Dr L.-C. QUÉRY (Maloine).

Ce petit volume vient à son heure. Il fixera l'opinion sur la question si controversée de la Sérothérapie et les observations qu'on y trouve, montreront qu'il n'est plus impossible de rendre la raison aux paralytiques généraux et l'usage de leurs membres à des tabétiques qu'on sauve aussi de la cécité.

L'injection intratrachéale vraie à haute dose et la trachéo fistulisation (Consultations médicales françaises) par le Dr Georges ROSENTHAL. (Poinat).

Le développement physique de l'Enfant, par le Dr Lucien MAYET. (Deuxième édition). (A. Poinat).

Très souvent le médecin doit répondre aux questions suivantes : cet enfant est-il d'un poids normal? a-t-il une croissance satisfaisante? Présente-t-il des troubles de son développement physique? etc.

Dans ce mémoire clair, précis et complet, le praticien peu familiarisé avec les données anthropologiques trouvera exposés tous les éléments d'une appréciation exacte des cas particuliers soumis à son examen.

Guérison de la Scoliose par la méthode d'Abbott. (Comment traiter les diverses formes de Scoliose) par le Dr CALOT de Berck (Maloine).

Scolioses et déviations de la taille! Pas de maladie plus communes que celles qui frappent 30 p. 0/0 des jeunes filles. Et pas de maladies non plus, contre lesquelles on était jusqu'à ce jour plus désarmé : la scoliose c'était « l'opprobre de l'orthopédie » suivant l'expression même du Dr Calot.

Or, voici que maintenant on peut la guérir, grâce, au traitement merveilleusement efficace d'Abbott. Mais ce traitement dont tout le monde parle, combien peu qui le connaissent assez pour en obtenir les résultats promis! Sûrement pas 10 médecins ou chirurgiens en France...

Et comment le connaîtrait-on lorsqu'il n'a encore été exposé par personne, ni en France ni en Amérique, avec les développements et la clarté qu'exige la complexité de son application. A peine sa technique est-elle indiquée çà et là, dans les articles de journaux, par quelques lignes hâtives et sommaires, lorsque cette technique comporte mille petits détails dont l'observance minutieuse est la condition même du succès. Si ce traitement est appliqué « à la diable », jamais il ne donnera la guérison!

Il y avait donc là une lacune grave à combler. Il fallait aux praticiens, à tous les praticiens, (car ils ont tous des scolioses à soigner) un livre clair, précis, ni trop long ni trop court, sur la méthode d'Abbott.

Le traitement du Paludisme (Consultations médicales françaises, par le Dr Ed. BENHAMOU. (Poinat).

La Cure, par M. Léon BARANGER (Eugène Figuière et Cie).

Encore qu'il soit peu médical par son objet, la nouvelle œuvre de M. Léon Baranger n'est point à tort passée en revue dans un journal spécialement consacré à la médecine. C'est, en effet, que par une méthode assez nouvelle chez un littérateur, M. Baranger étudie l'être moral de son personnage à peu près de la même façon qu'un médecin son malade.

L'observation commence par l'exposé des symptômes constatés; puis l'auteur réunit les commémoratifs, discute les probabilités en vue d'établir un pronostic, institue son traitement et suit enfin l'évolution du malade moral qu'il étudie avec ses améliorations et ses rechutes ni plus ni moins que s'il s'agissait d'une fièvre ou d'une infection quelconque.

La méthode suivie par l'auteur est curieuse, et, de ce fait, son œuvre mérite justement d'être signalée à l'attention du lecteur.

Thérapeutique clinique des Maladies de l'Estomac et des Symptômes associés, par L. PRON. (Maloine).

Les maladies de l'estomac apparaissent à presque tous les praticiens comme un ensemble très compliqué, et leur thérapeutique comme particulièrement difficile.

Dans cet ouvrage, le Dr Pron montre quelle est l'essence des affections gastriques, pourquoi les médications usuelles restent habituellement sans effet, et quelles sont celles sur lesquelles on peut compter.

Outre le traitement des maladies de l'estomac, qui est exposé d'après une pratique exclusive de la pathologie digestive, la thérapeutique de certains symptômes généraux et importants, tels que la douleur, la constipation, l'insomnie etc., est étudiée à fond.

Un certain nombre d'observations intéressantes rendent vivant ce travail qui est fait uniquement avec de la clinique et qui est complet et clair.

Traité des eaux minérales de Vichy à l'usage des Praticiens, par le Dr Charles COTAR (Rousset).

L'Hydrologie est une science moderne. L'empirisme fait, petit à petit, place à l'observation médicale.

Mais les documents concernant l'étude générale des eaux minérales et les stations thermales en particulier, sont éparpillés.

Le docteur Cotar, médecin consultant à Vichy a fait un exposé complet de la question hydrologique dans son traité des Eaux minérales de Vichy.

Après avoir donné les théories concernant l'origine des eaux et leur composition chimique, physique et gazeuse, il a passé en revue l'action physiologique des eaux de Vichy à laquelle il a facilement déduit les indications et contre-indications.

Ces dernières sont corroborées par les observations.

ÉCHOS

Taxe matrimoniale.

Alors que l'on parle d'imposer les célibataires, dans la principauté de Lippe-Detmold, le plus minuscule Etat de l'empire allemand, tout jeune couple qui convole en justes noces doit acquitter une taxe variant de 50 pfennigs à 5 mark, suivant la fortune des conjoints.

Le produit de cet impôt est affecté au fonds des sages-femmes de la principauté.

Mariage et longévité.

Les tableaux de statistique dressés par les autorités fédérales et publiés récemment par le professeur Wilcox, de l'Université Cornell, en Amérique, démontrent que les gens mariés ont plus de chance de vivre longtemps que les célibataires.

Presque à tout âge, la mortalité des célibataires est plus grande que celle des premiers.

Ainsi, entre 40 et 50 ans, le pourcentage des décès n'est que de 9,5 chez les mariés, tandis qu'il s'élève à 19,5 chez les célibataires.

La longévité des femmes gagne moins par le mariage, mais il n'en est pas moins établi qu'en général la durée moyenne de la vie d'une femme mariée est plus longue que celle d'une femme sans époux.

84e Année (Série XIIIe) — No 222 | Le Numéro 25 Centimes | Mercredi 5 Novembre 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Bouis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 5 Novembre 1913

ÉCHOS

Nos amis

M. le professeur Charles Richet, membre du Comité de direction scientifique de la *Gazette médicale de Paris*, vient de recevoir le Prix Nobel de 1913 pour les sciences médicales. Le prix s'élève cette année à la somme de 198.000 francs.

Nous sommes heureux d'adresser à notre illustre ami les plus vives et les plus chaleureuses félicitations pour cette haute récompense accordée à ses admirables travaux.

Notre édition italienne

En raison du nombre sans cesse croissant de ses abonnés et lecteurs en Italie, la *Gazette médicale de Paris* a décidé la création d'une édition spéciale italienne imprimée à Milan, tirée à 25.000 exemplaires et qui paraît ces jours-ci même.

Nous prions nos abonnés italiens de nous faire savoir quelle édition (française ou italienne) ils préfèrent désormais recevoir.

Le chantage aux microbes.

Dans ces derniers jours, plusieurs dames de la société de Chicago recevaient des lettres enduites d'une sorte de pâte et qui disaient : « En ouvrant cette lettre, vous avez libéré environ deux millions de microbes que j'ai patiemment cultivés. Vous êtes dès maintenant contaminée. Vous pouvez encore vous sauver en m'adressant avant neuf jours la somme de ... et je vous adresserai l'antidote. »

Le maître chanteur demandait ainsi dix mille francs à Mme Frédéric Steele et cent mille francs à Mme Julius Rosenwald.

Les lettres, remises au laboratoire de la police ont été analysées. Il y a bien des microbes dans la pâte, mais ce sont des microbes inoffensifs.

Enquête de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

La Statistique Sociale

Dans notre numéro du 10 juillet dernier, nous avons commencé la publication des documents que nous avons recueillis sur la question si importante de la statistique sociale, question posée naguère par M. André Gent devant le Conseil municipal de Paris. Nous continuons aujourd'hui à présenter au public les réponses qui nous sont adressées, réponses dont le grand intérêt ne saurait échapper à personne.

Monsieur,

Vous avez bien voulu me demander de répondre à l'enquête ouverte par la *Gazette Médicale de Paris*, sur l'organisation d'une statistique sociale. Permettez-moi de borner ma réponse à l'une des questions qui a fait l'objet de mes préoccupations lors de mon récent passage au Ministère du Travail et qui doit intéresser directement les lecteurs de votre Revue : l'organisation de la statistique sanitaire.

Les publications du Ministère de l'Intérieur et du Ministère au Travail n'ont donné jusqu'à présent des renseignements utiles que sur la mortalité de la population française d'après le sexe, l'âge, la profession, la cause du décès, et nous renseignent très inexactement et très incomplètement sur la morbidité, qui intéresse au plus haut point l'état sanitaire du pays.

J'ai été frappé de l'importance des renseignements qui nous ont été fournis à cet égard par la statistique sanitaire de l'armée et par les tableaux de comparaison internationale qu'elle contient. L'état sanitaire de l'armée est fonction, pour ainsi dire, de la morbidité de la population civile. Or, l'état de la morbidité en France est actuellement inconnu. D'autre part, les statistiques de la mortalité, surtout celle de la mortalité professionnelle, présentent encore beaucoup d'imperfections. C'est pour améliorer cette situation que j'ai institué en 1912, auprès de la Statistique Générale de la France, une commission interministérielle de statistique sanitaire, qui a été chargée d'étudier l'établissement des cadres de comparaison des statistiques internationales de morbidité et de mortalité professionnelles.

La Commission a tenu plusieurs séances sous la présidence de M. Fernand Faure. Elle a reconnu l'extrême difficulté d'obtenir des indications précises quant à la fréquence des maladies dans la population générale, mais elle a pensé que l'on pouvait au moins faire des recherches dans les collectivités soumises plus ou moins directement au contrôle de l'Etat, telles que l'armée, la marine, les ouvriers et employés des Postes, le personnel des prisons, les ouvriers des manufactures de l'Etat, le personnel enseignant, le personnel des Ponts et Chaussées, les adhérents des sociétés de secours mutuels, les élèves des écoles primaires, des lycées et collèges, etc.

Le Ministère du Travail a commencé l'exécution du programme de travaux dressé par la Commission. L'accomplissement de ce programme permettra d'étendre nos connaissances sur la situation sanitaire des collectivités que je viens de citer. Les tableaux qui pourront être préparés par la Statistique générale à partir de la fin de 1913 permettront de connaître pour ces collectivités : 1° Les nombres des cas et des jours de maladie d'après l'âge. Les groupes d'âge adoptés sont les suivants : *a*) moins d'un an, 1 à 5 ans, 6 à 12 ans, 13 à 19 ans, pour les élèves des écoles, lycées et collèges et pour les enfants assistés ; *b*) 13 à 19 ans, 20 à 24 ans, 25 à 29 ans, 30 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à 59 ans, 60 ans et plus pour les diverses catégories du personnel des services publics. — 2° Le nombre des cas de maladie suivant la durée en jours de cette dernière (moins de 5 jours, 5 à 30, 31 à 90, 91 à 150, plus de 150 jours). — 3° Le nombre des cas suivant l'issue de la maladie : décès d'après l'âge en années, reprise du travail, sortie du service par mise à la retraite ou abandon d'emploi, guérison, abandon des études, etc.

Les renseignements qui seront ainsi obtenus ne concerneront que des collectivités déterminées, sur lesquelles l'action sociale pourra s'exercer en vue du perfectionnement de l'hygiène du milieu et des individus. Il serait à souhaiter que l'enquête pût être étendue, en vue de la généralisation des bienfaits de l'hygiène sociale.

Je suis heureux d'apporter cette contribution à l'enquête que vous avez ouverte et je vous prie de croire, monsieur, à mes sentiments les plus distingués.

LÉON BOURGEOIS.

Monsieur le Directeur,

Je m'excuse d'avoir tant tardé à répondre à l'invitation si flatteuse que vous m'aviez adressée de participer à votre enquête. Mais je m'en félicite dans la mesure où mon retard me permet de vous apporter un fait tout récent à titre de contribution. En effet, l'Institut International de Statistique, dans sa session de Vienne, en septembre dernier, a entendu un rapport de M. Thirring, directeur du bureau communal de statistique de Budapest, qui a obtenu la nomination d'une Commission permanente des statistiques des grandes villes, chargée d'examiner les moyens de développer ces statistiques, de les rendre mieux comparables et de faciliter la publication d'un annuaire international. Cette question est, sans nul doute, plus vaste que celle dont M. Gent a saisi le Conseil municipal de Paris, mais elle n'en est pas indépendante. Il est intéressant d'ajouter que la Ville de Paris sera en mesure de tirer le parti le plus fructueux et le plus immédiat des travaux de l'Institut International de Statistique, grâce à la présence, au sein de la Commission, de MM. Bertillon, l'ancien et éminent chef de la Statistique municipale ; Cadoux et Desroys du Roure, les très distingués directeurs des Services municipaux et grâce à la participation, aux réunions de l'Institut à Vienne, du nouveau chef des travaux statistiques de Paris, M. le Dr Fillassier, dont le dévouement éclairé assure la mise en œuvre attentive et judicieuse des données recueillies.

Au reste, sur le fond de la proposition de M. Gent, il ne peut exister qu'un accord unanime. Toutefois, on me permettra de signaler qu'il ne sera peut-être pas inutile de chercher à profiter, dans le domaine de la statistique sociale, du cadre et du programme qui ont été ou qui vont être élaborés pour diverses parties de cette statistique au point de vue international :

1° En matière d'*accidents du travail*, l'Institut International de Statistique et le Comité permanent international des Assurances sociales collaborent à l'établissement d'une statistique internationale depuis un échange de vues qui se produisit au Congrès des Assurances sociales tenu à Vienne en 1905. Un rapport de M. Fuster, publié par le *Bulletin des Assurances Sociales* (1904, p. 637), et un rapport de MM. Cheysson et Fuster, présenté à la session tenue à Paris en 1909 par l'Institut International de Statistique et suivi de conclusions insérées avec le rapport dans le Bulletin précité (1909, p. 316), marquent les principales étapes de cette œuvre de longue haleine. A sa session de Vienne, l'Institut a reçu un fascicule de plus de 200 pages (Bulletin, n° 5, juillet 1913), œuvre aussi laborieuse que savante de MM. Fuster et Nabholz.

2° En matière d'*invalidité naturelle*, j'ai saisi l'Institut de Statistique à Vienne, en septembre dernier, d'une proposition qui représentait la conclusion de mon rapport et qui tendait à la nomination d'une Commission internationale. Sur l'initiative de M. Delatour, directeur général de la Caisse des dépôts et consignations, membre de l'Institut de France et aujourd'hui vice-président de l'Institut International de Statistique, cette Commission spéciale de l'Institut de Statistique doit avoir pour objet l'établissement d'une statistique de l'assurance contre l'invalidité, se mettre en rapport avec le Comité permanent international des Assurances sociales et s'attacher à utiliser tous les documents déjà existants ; ce dernier Comité poursuit, en effet, des recherches de cette nature et il en a donné le savant témoignage dans le n° VI de 1913 de son Bulletin, qui contient une étude sur la Statistique internationale de l'invalidité due à M. Edouard Fuster.

3° En matière de *chômage*, l'Institut international de Statistique a délibéré sur un magistral rapport de MM. Von Mayr et Varlez : il avait en 1911, à La Haye, nommé une Commission spéciale, d'accord avec le Comité de l'Association internationale pour la lutte contre le chômage ; des conclusions avaient été adoptées à Zurich en 1912 ; elles étaient présentées dans le rapport susvisé et ont été modifiées à Vienne en 1913 sur la demande de M. Somogyi, qui proposait l'introduction du chômage agricole, et sur la mienne qui visait l'établissement de la Statistique du chômage des employés, indépendamment de celle des ouvriers.

Il résulte de l'ensemble de ces faits que l'établissement d'une statistique sociale, pour une grande cité, devra s'inspirer, semble-t-il, de ces travaux en apportant à leurs conclusions, s'il y a lieu, des simplifications ou des additions motivées par les conditions locales.

MAURICE BELLOM.
Ingénieur en chef au Corps des Mines,
Professeur d'Economie industrielle
à l'Ecole Nationale supérieure des Mines.

Guérison de la Scoliose et Méthode d'Abbott

Par le Docteur CALOT (de Berck)

Chirurgien en chef de l'hôpital Rotschild, de l'hôpital Cazin et de l'Institut orthopédique de Berck.

A tous les médecins qui nous demandent de les édifier sur la méthode d'Abbott, nous voulons répondre ici.

Et nons le pouvons, puisque c'est dans notre service de Berck qu'Abbott est venu faire sa première démonstration en Europe, et la seule, dn reste, qu'il ait faite en France. Mais ceci ne nous a point suffi : pour être encore plus sûr de posséder tous les détails de la méthode, d'en connaître les derniers perfectionnements, nous avons envoyé notre assistant, le Dr Fouchet, en Amérique pour voir Abbott chez lui, dans son milieu, pour voir ses scoliotiques actuels et passés. Le Dr Fouchet a tout vu, grâce à la complaisance inlassable d'Abbott, dont il a été l'hôte pendant toute la durée de son séjour là-has, et qui lui a tout montré, et expliqué — aubaine qui n'est échue à aucun autre médecin français (1).

Et c'est d'après ce que nous avons vu tous deux, le Dr Fouchet et moi, de la pratique d'Abbott, à Berck, à Berlin, à Londres et en Amérique et d'après ce que nous avons observé personnellement sur 60 de nos malades à qui nous avons appliqué le traitement d'Abbott dans nos cliniques de Berck, d'Argelès et de Paris, avec nos assistants Bergugnat, Fouchet et Privat ; c'est d'après tont cela, l'expérience d'Abbott et la nôtre, que nous allons exposer pour les praticiens la technique de la méthode, sa véritable portée, ses indications, ses limites.

Après quoi nous dirons ce qui doit être le traitement des scolioses des diverses formes et des divers degrés (scoliose commençante, scoliose moyenne et scoliose grave) des diverses origines (scolioses essentielle de l'adolescence, rachitique, statique, symptomatique, etc.), en un mot nous indiquerons, à la clarté des faits nouveaux et des acquisitions nouvelles, le traitement de chaque cas, celui qui nous conduit le mieux à la guérison.

L'exposé qui suit ne sera pas, faute de place, aussi complet que nous voudrions ; mais, pour les détails, nous vous renvoyons à notre livre tout récent qui est le premier ouvrage paru sur ce sujet en France ou à l'étranger (2).

Et tout d'abord en quoi consiste la méthode d'Abbott ?

C'est une méthode de redressement forcé du rachis scoliotique comme était la nôtre, mais différant de la nôtre en ce qu'elle cherche le redressement non dans l'extension, mais dans la flexion du tronc.

Abbott a vu, et c'est là sa première trouvaille, que la flexion du rachis était la condition du succès ! Car c'est dans la flexion seulement que les *apophyses articulaires* sont *assez dégagées* pour *tourner*, c'est-à-dire revenir à leur position normale ; au contraire *dans l'extension* cette détorsion des vertèbres n'est pas possible, les *vertèbres sont bloquées*. Or la rotation, quoi qu'on ait dit, existe presque toujours dès le déhut de la scoliose.

Et si l'on n'efface pas la rotation, impossible d'obtenir une hypercorrection vraie de n'importe quelle scoliose : l'hypercorrection est nécessaire pour avoir des guérisons durahles, ici comme dans le traitement du pied hot, c'est une loi d'ortbopédie.

Oui, mais pour atteindre l'hypercorrection, fléchir le rachis ne suffit pas. Comment, sur ce rachis fléchi, agir d'une manière assez puissante et assez précise à la fois pour changer la direction de ces vertèhres *fixées* depuis plusieurs années dans leur attitude vicieuse ?

Bien des difficultés restaient à résoudre ; deux surtout :

La première était de trouver d'assez honnes prises pour agir sur le rachis. Mais pas de prise directe possible sur ces vertèhres enfouies dans la profondeur de la hosse scoliotique ; pas d'autre moyen d'agir sur elles que par l'intermédiaire des côtes et des parties molles c'est-à-dire d'organes flexibles, glissants, se dérohant sons notre effort ou se laissant écraser par lui.

Deuxième difficulté : il fallait agir séparément sur les divers segments de la colonne, dont chacun est dévié et tordu en sens inverse du voisin.

Fig. 1. — Le cadre d'Abbott. Le hamac. L'enfant est fixé au cadre tel qu'il doit être placé pour la confection du plâtre.

Après de longues méditations, Abbott est arrivé à la solution de ce prohlème si complexe.

1° Pour réaliser la flexion du rachis, il place son malade sur un hamac : la tête et les pieds relevés par des coussins ou des bandes ; le dos seul pose sur le hamac disposé dans une table spéciale ou *cadre d'Abbott* (formé en réalité de 3 cadres superposés, surmontés d'un haldaquin), voici figurée cette tahle (*figures* 1 *et* 2). Tout est original et personnel dans ce dispositif d'Abbott.

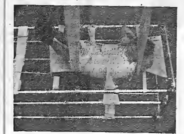


Fig. 2. — Le même cadre vu de haut. On peut suivre sur ces deux figures la direction des bandes de traction et de détorsion qui servent ; les premières à corriger l'inclinaison latérale, les autres la rotation des vertèbres.

Le hamac est une pièce de toile de forme rectangulaire, à ceci près que l'un des longs côtés, celui qui répond à la convexité de la scoliose, est nn peu plus court que l'autre, de manière que lorsqu'on tendra le hamac, la saillie costale sera repoussée et «rentrée» par la pression de bas en haut de ce côté plus court et donc plus tendu, tandis que le côté concave du dos répondant à la partie lâche ou flottante du hamac s'enfoncera dans cette partie déclive, et par là sera comblée la dépression de ce côté concave.

2° Pour trouver des prises sur les côtes et les parties molles, Abbott a reconvert le tronc de plusieurs jerseys et de coussins qui protègent les tissus et multiplient les frottements pour empêcher les bandes de traction et de détorsion placées snr eux de déraper.

3° Pour agir avec la précision voulue sur les divers étages du rachis, il place sur chacun d'eux une hande à 3 chefs dont le dispositif, un petit chef-d'œuvre d'ingéniosité, permet d'agir séparément sur chaque courhure de la scoliose et même séparément sur les 2 éléments (inclinaison et rotation) de chacune de ces courhures.

De ces 3 chefs le point d'union (ou la ligne de couture) est appliqué sur la saillie du tronc qu'on veut corriger et les extrémités libres de ces 3 chefs sont attachées aux tiges ou latérales on supérieures ou inférieures de la table.

Deux des 3 chefs servent à corriger l'inclinaison latérale du rachis, le troisième divisé à son tour en 2 chefs secondaires sert à corriger la torsion vertébrale.

Voici figurée la direction des handes des divers étages (*figures* 1 *et* 2).

Cet exposé que je sens trop rapide (mais je vous ai dit que vous trouverez les détails dans mon livre), cet exposé, si court soit-il, suffira cependant à vons donner une idée de l'originalité et aussi de la complexité de la technique d'Abbott et du mérite hors pair de sa découverte.

Le malade disposé sur le hamac, les handes une fois placées sur les divers segments du rachis et sur les barres correspondantes du cadre, on va tendre ces handes au degré voulu en faisant tourner les harres avec de petits treuils qui permettent d'atteindre aisément toute la force qu'on veut et d'ohtenir toute la correction désirable. La limite qu'on peut atteindre, mais non pas dépasser, est marquée par le degré de tolérance du sujet, car vons devinez que ces manœuvres de traction et de détorsion assez énergiques pour corriger une scoliose vieille de 5 et 10 ans ne vont pas sans amener bien vite quelques protestations dn malade ! Nous le « raisonnons », nous lui expliquons la nécessité, s'il vent guérir, d'accepter ces pressions ou tractions énergiques ; nons l'associons ainsi à notre travail de correction, nous le consultons à chaque instant sur la possibilité d'aller un peu plus loin dans cette voie, en lui rappelant toujours que sa guérison est à ce prix, mais il y a pourtant une limite que ces malades non endormis (et il vaut mieux ne pas les endormir pour ne pas les livrer sans défense ni sans contrôle à des pressions qui pourraient si facilement devenir excessives), il est une limite que les malades les plus résistants et les plus courageux nous demandent de ne pas dépasser. A ce moment nous nous mettons en mesure de fixer par un plâtre immédiat le gain obtenu. (*Fig.* 3, 4 *et* 5).



Fig. 3. — Scoliose gauche. Corset avec la grande fenêtre de décompression.

Fig. 4. — Corset vu de face pour montrer la lucarne antérieure.

Fig. 5. — Corset vu de côté pour montrer les lucarnes latérales.

(1) Le Dr Fouchet est, en effet, le premier médecin français et le seul, jusqu'à ce jour, que Abbott ait vu en Amérique, contrairement aux allégations de certains journanx français, inexactement renseignés.

(2) Guérison de la scoliose par la méthode d'Abbott, in-8 avec 130 figures (chez Maloine, éditenr, 25, rue de l'Ecole-de-Medecine, Paris).

Ce gain, ce peut être une correction déjà complète ou même une hypercorrection de la scoliose : mais, ce peut n'être aussi qu'une correction partielle. Eh bien, sachons nons en tenir prudemment à celle-ci, pour l'instant — sans trop de regrets — car nous savous que dans les jours suivants nous pourrons ajonter quelque chose et même beaucoup à cette correction immédiate et arriver progressivement, sans changer de plâtre, à l'hypercorrection rêvée, à l'hypercorrection nécessaire à qui veut assurer la guérison définitive.

En effet, ce supplément de correction est



Fig. 6. — Coupe du thorax et du corset fenêtré.

Fig. 7. — Le même après une compression faible. La correction commence.

Fig. 8. — Le même après une forte compression. La correction complète est obtenue.

possible grâce à des fenêtres multiples et bien combinées pratiquées dans le corset plâtré (*fig.* 6, 7 et 8), fenêtres permettant les unes d'introduire des coussins ouatés ou feutrés) de compression pour repousser telle saillie costale, les antres laissées libres (celles-ci dites fenêtres de décompression), permettant aux parties concaves et déprimées du



Fig. 9. — Quelques-uns de nos scoliotiques en traitement à Berck.

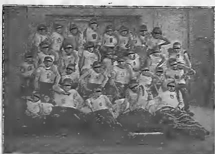


Fig. 10. — Les mêmes vus de face.

tronc de faire saillie de plus en plus au dehors jusqu'à ce que soit bien nettement acquise l'hypercorrection. Et si celle-ci n'est pas donnée par le premier plâtre, malgré l'appoint de cette correction supplémentaire eh bien ! nous ferons un deuxième et même au besoin un troisième plâtre — chaque corset restant en place environ 2 mois.

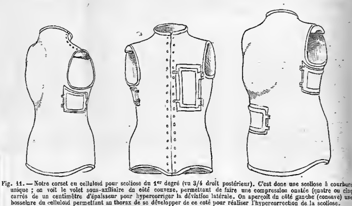


Fig. 11. — Notre corset en celluloïd pour scoliose du 1er degré (vu 3/4 droit postérieur). C'est donc une scoliose à courbure unique ; on voit le volet sous-axillaire du côté convexe, permettant de faire une compression ouatée (quatre ou cinq carrés de un centimètre d'épaisseur pour hypercorriger la déviation latérale. On aperçoit du côté gauche (concave) une bosselure du celluloïd permettant au thorax de se développer de ce coté pour réaliser l'hypercorrection de la scoliose.

Fig. 12. — Le même corset en celluloïd (vu de face), volet antérieur permettant de faire une compression ouatée (cinq carrés d'ouate de un centimetre d'épaisseur) pour hypercorriger l'amorce de rotation.

Fig. 13. — Notre corset pour scoliose à double courbure (scoliose du deuxième degré) vu par la face postérieure. Le volet inférieur permet d'agir (par la pression ouatée) sur la courbe lombaire secondaire. En avant même dispositif que dans la figure 12.

Notez qu'avec ces corsets le malade peut marcher, il peut même marcher dès les premiéres minutes qui suivent la prise du plâtre.

La durée du traitement d'une scoliose par la méthode d'Abbott.

Ceci dépend du cas. L'hypercorrection peut être obtenue dans la première séance ou tout au moins dans le premier plâtre. Le plus souvent un deuxième plâtre sera nécessaire et même un troisième.

Lorsque l'hypercorrection apparaît suffisante, c'est-à-dire lorsque nous avons une scoliose de sens inverse aussi accusée qu'était la scoliose primitive, il nous faut la maintenir pendant encore un certain temps lequel peut varier de 3 à 6 mois suivant les cas (suivant leur ancienneté et leur gravité).

Après quoi le malade sera débarrassé du plâtre. Il fera des exercices biquotidiens de gymnastique et, dans l'intervalle, sera maintenu par un léger appareil en celluloïd (fig. 11 à 13). Peu à peu l'hypercorrection diminue et la colonne vertébrale revient à la position normale. Il faut régler, hâter ou ralentir, ce retour à la position normale; mais plutôt le ralentir, car ici, comme dans le pied bot, se presser serait créer un risque très grave de récidive.

Et maintenant toutes les scolioses doivent-elles être soumises a cette méthode nouvelle ?

Non. Un bon nombre en seront exclues : les unes parce que trop bénignes et pouvant être guéries par d'autres moyens plus simples ou mieux acceptés des parents; et les autres, au pôle opposé, parce que exceptionnellement graves, à cause de l'âge trop avancé des sujets et plus encore de la malignité tout à fait exceptionnelle du mal, auxquels cas la méthode ne pourrait pas donner une guérison véritable, tout au moins à l'heure actuelle (1).

Je m'explique :

1° *Les cas très bénins.* — Une scoliose qui débute, au 1er degré, sera soumise aux manœuvres de gymnastique indiquées dans notre livre : *L'orthopédie indispensable*, mais on fera porter ce qui est capital, un corset en celluloïd de notre nouveau modèle (2) (fig. 11 et 12). Si on la voit s'améliorer ainsi, on continuera, bien entendu, le traitement. Si par extraordinaire, malgré l'application très exacte de celui-ci, pendant 4 à 6 mois, elle paraît s'aggraver ou rester stationnaire, on la soumettra au traitement nouveau.

2° Les cas exceptionnellement graves. — Qu'est-ce qui fait la gravité particulière d'une scoliose ? On ne peut pas toujours affirmer d'avance, d'une manière absolue, que tel cas de scoliose « fixée » sera plus rebelle que tel autre d'apparence plus grave. Ainsi, remarque Abbott, telle scoliose chez un adulte s'est montrée moins difficile à corriger que telle autre scoliose chez un enfant gras et « épais ». Cependant, d'une manière générale, on peut se guider sur les facteurs suivants pour établir le degré de gravité de la scoliose : la santé, la résistance physique et morale du malade et son âge, et l'ancienneté de la scoliose, sa forme, son siège, son degré, la prédominance de la torsion des vertèbres.

a) L'âge du malade est l'un des facteurs les plus importants. Jusqu'à 18 ou 20 ans, on peut et on doit employer la méthode pour à peu près tous les cas. A partir de cet âge, seulement pour les trois quarts environ.

Il est même des chirurgiens qui ont dit : Passé 18 à 20 ans rien à faire. Mais nous ne sommes point de ceux-là. Abbott a montré des scolioses de 34 ans, de gravité moyenne, guéries par lui.

Nous avons nous-même en traitement un scoliotique de New-York âgé de 35 ans, et le résultat par nous obtenu est déjà presque parfait.

b) Le degré de la difformité est un élément d'appréciation sûrement beaucoup plus important que l'âge du sujet.

Voici une jeune fille de 18 ans avec une difformité effroyable et, à côté, une femme de 30 ans avec une déviation qui n'est pas le

(1) Mais si le malade, ce qui est fréquent, ne demande qu'une amélioration, la méthode d'Abbott la lui donnera, comme nous verrons plus loin.

(2) Mais nous allons revenir un peu plus loin sur ce traitement des scolioses « commençantes » ou scolioses du premier degré.

quart de la précédente. Evidemment, nous attaquerons plutôt celle-ci que celle-là.

c) Il faudra compter aussi avec le courage des malades à supporter un traitement toujours laborieux et parfois même un peu pénible ; avec la possibilité de suivre le traitement dans un établissement spécial, car il ne faut pas, d'une manière générale, permettre aux malades de continuer leur profession, ils per-

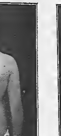


Fig. 14. — Jeune fille de 20 ans. Scoliose vieille de 5 ans.

Fig. 15. — La même, après 3 mois de traitement par la méthode d'Abbott.

draient ainsi beaucoup trop de leurs chances de guérison complète.

Enfin vous devinez qu'il est des CAS LIMITES, des cas douteux pour lesquels on se demande si oui ou non l'on fera quelque chose. Pour ces cas douteux, il est indiqué de tâter les malades, c'est-à-dire de les préparer et les éprouver pendant quelque temps pour déterminer, si je puis dire, la capacité de guérison de chaque sujet.

Pour cela on les met sur la table d'Abbott, tous les jours ou tous les 2 jours, 1/2 heure chaque fois, on tend les sangles de traction et de détorsion pour voir le degré de plasticité du squelette et aussi la tolérance et le courage du malade pendant ces manœuvres.



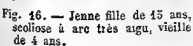


Fig. 16. — Jeune fille de 15 ans, scoliose à arc très aigu, vieille de 4 ans.

Fig. 17. — La même trois semaines après la sortie du plâtre. L'hypercorrection s'efface progressivement.

Et puis encore ne peut-on pas traiter ces malades par la méthode d'Abbott pour seulement les améliorer, sans songer à les guérir complètement ?

Oui, certes, mais après avoir dûment averti les intéressés et demandé leur avis. On les traitait bien jusqu'alors pour avoir dix fois moins d'amélioration.

Avec la nouvelle méthode nous sommes moralement sûrs de leur rendre un dos PRÉSENTABLE : ce qui veut dire qu'on peut effacer, en grande partie, la dépression et l'aplatissement du côté concave du dos, on peut arriver à remettre les omoplates, les épaules et les hanches à peu près symétriques avec un thorax sensiblement normal, enfin augmenter de plusieurs centimètres la taille du sujet.

Et c'est là un résultat honorable.

Règles de conduite pratique pour les médecins placés en présence d'une scoliose.

Et maintenant je dois dire aux praticiens les nouveaux devoirs que leur impose l'introduction (dans la thérapeutique) de la méthode d'Abbott. Comment traiter désormais les scolioses des divers degrés et des diverses origines ?

Les scolioses de toutes les origines : scoliose commune de l'adolescence, scoliose rachitique, scoliose symptomatique, peuvent et doivent être traitées par la nouvelle méthode.

Ce n'est donc pas (ou si peu) la question de nature qui différencie les scolioses au point de vue du traitement, c'est la question du degré de la déviation.

Et, à ce point de vue, l'on peut distinguer des scolioses de 4 degrés suivant qu'il existe 1, ou 2, ou 3, ou 4 courbures.

Et voici le traitement qui convient à chaque degré :

I. — SCOLIOSE DU PREMIER DEGRÉ, à une courbure, ou scoliose commençante (celle qu'on vient de découvrir).

Doit-on la traiter par la méthode et le plâtrage d'Abbott ?

A l'hôpital, oui.

En ville, non, parce que ce plâtre d'Abbott est trop inesthétique, trop disgracieux, trop visible, et parce qu'on peut guérir sans lui ces scolioses au début.

On peut les guérir en les traitant par des séances quotidiennes de redressement (indiquées dans notre livre), pourvu qu'on fasse porter, dans l'intervalle des séances, notre corset spécial en celluloïd : c'est indispensable, car seul il peut maintenir intégralement et, si besoin est, parfaire le redressement obtenu dans les séances de gymnastique

II. — SCOLIOSE DU DEUXIÈME DEGRÉ à 2 courbures). — *Son traitement* :

A l'hôpital, toujours et d'emblée recourir à la méthode d'Abbott.

En ville, pour ce cas du deuxième degré, proposer toujours la méthode d'Abbott et, au cas de refus des parents, traiter cette scoliose par des séances de redressement figurées dans notre ouvrage. Au besoin, façonner le dos chaque jour dans le cadre d'Abbott ; et toujours, d'une séance à l'autre, faire porter le corset en celluloïd que nous avons fait construire pour ces cas du deuxième degré (fig. 13).

III. — SCOLIOSE DU TROISIÈME DEGRÉ (à 3 courbures).

En ville comme à l'hôpital, appliquer toujours et d'emblée la méthode et le plâtre inamovible d'Abbott.

IV. — SCOLIOSE A QUATRE COURBURES ou Z, (en vilbrequin).

Ici ce n'est plus la guérison que nous pouvons promettre, mais une amélioration, très appréciable du reste.

Ne consentir à traiter ces malades que si dûment prévenus, ils déclarent se contenter de cette amélioration, qui leur fera un dos « présentable ».

Pour obtenir ce résultat on « prépare » et façonne le malade, tous les jours pendant

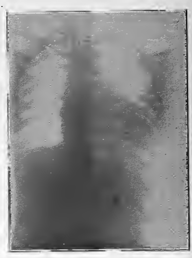


Fig. 18. — Radiographie d'une de nos scoliose datant de quatre ans.

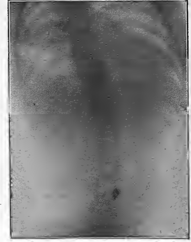


Fig. 19. — La même après redressement. On peut voir que nous avons obtenu une franche hypercorrection.

une heure, dans le cadre d'Abbott — et cela pendant plusieurs semaines — après quoi on le plâtre. Et l'on change cet appareil plâtré tous les mois pendant 1 an ou 1 an 1/2. Ensuite, l'on fera porter encore pendant 1 an ou 2, un corset amovible en celluloïd, permettant des séances quotidiennes de gymnastique et de massages.

V. — POUR LES SCOLIOSES HAUTES, cervico-dorsales, qui échappent à l'action du plâtre d'Abbott, les traiter avec notre grand plâtre emboîtant la base du crâne par une tech-

nique décrite et figurée dans notre livre.

Voici quelques spécimens des guérisons déjà obtenues par nous avec la méthode nouvelle dans des scolioses datant de 5 et 8 ans, demeurées jusqu'alors rebelles aux traitements classiques appliqués pourtant par des chirurgiens exercés. (*Fig. 14 à 17.*)

Ces deux radiographies (*fig.* 18 et 19) *et* nous en avons beaucoup d'autres tout aussi démonstratives), témoignent d'une manière irréfutable de la réalité des hypercorrections obtenues par nous (la radiographie est la seule preuve irréfutable).

Et donc, nous qui savions déjà guérir les grandes tuberculoses suppurées (maux de Pott, et coxalgies), guérir les luxations congénitales et les gibbosités, et les jambes torses et les pieds bots, mais qui ne savions pas encore guérir la scoliose, voici que maintenant nous le pouvons...

La scoliose a cessé d'être l'opprobre de l'orthopédie. Cette maladie, la plus ingrate à soigner naguère et de toutes la plus commune, va devenir celle qui nous donnera les guérisons les plus nombreuses et les plus belles. C'est, dans le domaine de l'orthopédie, la plus profonde et la plus bienfaisante des révolutions.

Le Virus du Rhumatisme articulaire aigu

N'EST PAS DE NATURE BACTÉRIENNE

Par MM. les Drs F.-G. BOSC et M. CARRIEU,

Présenté à la Société de Biologie

par M. le Dr E. GLEY

Professeur au Collège de France

On a attribué l'infection rhumatismale aiguë à des microbes divers, en particulier au staphylocoque, au diplostreptocoque de Triboulet et Coyon et au bacille d'Achalme, mais on n'a donné aucune démonstration décisive du rôle spécifique de l'une de ces bactéries.

Il était intéressant de rechercher, en se mettant à l'abri de toute contamination par une technique rigoureuse (1), s'il existait réellement une infection bactérienne dans le rhumatisme articulaire aigu.

Or, la *recherche directe des microbes*, les *cultures* et l'*expérimentation* chez les animaux avec le sang et le liquide articulaire recueillis pendant la vie, à l'acmé de la maladie et avant tout salicylate, chez douze malades atteints de rhumatisme articulaire aigu *vrai* (2), nous imposent cette conclusion qu'*il n'est pas possible de déceler chez les rhumatisants aucun virus, aérobie ou anaérobie, de nature bactérienne* (3).

I. *Recherche directe des microbes.*— *a)* L'examen du *sang* (étalement sur lames, dessication rapide à l'air, fixation à l'alcool-éther ou à la chaleur, coloration par les bleus, la thionine, le Gram, le Lœffler pour les cils, le Giemsa) est demeuré complètement *négatif pour tous nos malades.*

b) L'examen du *liquide articulaire*, après fixation sur lames (mêmes colorations que pour le sang), ou sur coupes minces obtenues par le procédé de la goutte (1) et colorées par les bleus, la thionine, le Gram et le Giemsa, est demeuré également *négatif pour nos douze malades.*

II. *Cultures.* — *a)* Les milieux *aérobies* (bouillon, agar, sérum, lait) ensemencés avec le sang de huit de nos malades et le liquide articulaire de sept rhumatisants sont demeurés *complètement stériles.*

b) Les milieux *anaérobies* (bouillon tube cacheté, bouillon testicule tube cacheté, ballon lait cacheté, suivant la technique de Rosentbal), ensemencés avec le sang (hémobiocultures) et le liquide articulaire (arthrobiocultures) de huit de nos malades, *sont tous demeurés stériles* (2).

III. *Inoculations aux animaux* (cobaye, lapin, singe, — dans la plèvre, le péritoine, l'œil, le testicule). Elles sont toutes *demeurées négatives d'une infection bactérienne.*

Les animaux sont morts brusquement du huitième au trentième jour ou ont survécu, sans avoir présenté aucun trouble spécial, et l'autopsie, comme l'examen microscopique, n'ont révélé aucune des lésions inflammatoires des infections bactériennes aiguës.

Conclusions. — Si l'on se met, par une technique irréprochable, à l'abri de contaminations accidentelles, on ne peut déceler, ni dans le sang, ni dans le liquide articulaire de malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, aucun virus, aérobie ou anaérobie, de nature bactérienne.

***

Cette communication d'un vif intérêt montre bien de façon définitive que le rhumatisme articulaire est bien du à l'acide urique et non à une affection microbienne, ce qui d'ailleurs est bien démontré aujourd'hui par la thérapeutique, puisque le traitement le plus efficace est de l'avis de tous, la saignée urique au moyen de l'urodonal.

(1) Les prélèvemensts de sang (ponctions de la veine) et du liquide articulaire n'ont été pratiqués qu'après une véritable désinfection *chirurgicale* de la peau du malade, des instruments et des mains de l'opérateur.

(2) Aucun de nos douze rhumatisants n'a réagi à la tuberculine (intradermo-réaction).

(3) Le sang et le liquide articulaire ont été utilisés *immédiatement* après le prélèvement.

(1) On laisse tomber une grosse goutte de liquide articulaire dans le sublimé acétique où elle se coagule; on monte dans la parafine et on débite en coupes très minces. L'un de nous utilise ce procédé, depuis 1899, pour l'étude des produits d'expression ou de raclage des néoformations bryocytiques (vaccine, variole, clavelée, cancer, etc.).

(2) Dans un seul cas nous avons observé un léger trouble homogène, sans dépôt, et qui n'a rien donné au réensemencement et à l'examen direct.

Le régime fondamental des Diabétiques

Le professeur agrégé Marcel Labbé trace pour les diabétiques les prescriptions diététiques suivantes :

Aliments permis : Viande (de boucherie), volaille, charcuterie ou poisson, 200 à 400 grammes.

Œuf, de 4 à 6.

Fromage frais (Bondon, Gervais, etc.), 100 grammes ; ou fromage sec (Gruyère, Hollande, Port-Salut, Notre-Dame, etc.), 80 grammes.

Beurre frais, 100 grammes.

Crême fraîche, 50 grammes.

Légumes verts en salade, 400 grammes.

Pommes de terre, 100 grammes.

Pain d'aleurone ou pain de gluten, 20 à 140 grammes.

Bouillon de viande ou de légumes, 0 litre 500.

Vin, 0 litre 300.

Café, thé.

Aliments défendus : pain, biscottes, biscuits, farine, pâtisseries, pâtes, légumes secs, riz, châtaignes, chocolat, sucre, bonbons, confitures fruits, lait, vins, bière, cidre, sirops.

TRAITEMENT
DES
Cirrhoses ou Scléroses hépatiques
(Hier et Aujourd'hui)

Par M. le Docteur GARGAM

De la Faculté de Médecine de Bordeaux

Médecin consultant à Saintes

Il fut un temps peu éloigné de nous, où il était d'usage d'écrire et de répéter : La cirrhose du foie, la cirrhose atrophique ou de Laënnec principalement est une des maladies qui ne pardonnent pas. Comme celles des autres organes, les scléroses de la glande hépatique avec leur marche fatalement progressive devaient, pensait-on, rester rebelles à toute intervention thérapeutique. On se bornait donc, dans les cirrhoses, à combattre ce qu'on apercevait de la maladie : les symptômes ; au moins, quand l'affection souvent apyrétique et chronique comme dans la forme atrophique, ne passait pas inaperçue. Car, chose au moins étrange, pour une maladie aussi grave et qui aurait dû frapper davantage les observateurs, il n'était point rare de voir des cirrhoses évoluer à ce point, sans bruit, sans éclat, sans troubles surtout, que leur existence n'était reconnue qu'à l'autopsie du sujet mort d'une affection tout autre et sans relation aucune avec le fonctionnement du foie !

Il n'est pas un praticien ayant exercé tant soit peu à la campagne, plus encore qu'à la ville, peut-être, qui n'ait été appelé maintes fois à ponctionner ou à faire ponctionner des cirrhotiques. Lorsque l'ascite prenait chez eux un trop grand développement, refoulant en haut le diaphragme, menaçant d'entraver le fonctionnement normal des poumons, l'opération était de rigueur. Des malades, durant des années, ont subi 5 à 6 ponctions annuelles et même plus, car il n'y a point longtemps encore, en dehors de l'évacuation bienfaisante, il n'y avait rien à faire chez eux.

Certes, on dira et nous ne protesterons pas plus qu'il ne faut, que la ponction n'avait rien d'un traitement de la cirrhose atrophique ; qu'elle ne s'opposait qu'à une de ses conséquences, l'ascite.

Il n'en est pas moins vrai que, débarrassé de son épanchement, le foie du malade se reprenait à vivre ; que si, par hasard, ou plutôt sous des influences que nous examinerons plus loin, le liquide ascitique ne se reproduisait plus, le patient demeurait en fort bons termes avec son affection hépatique. Nous savons qu'à la ponction et, au moins, par acquit de conscience, le médecin ajoutait une médication et un régime, à l'efficacité desquels il ne croyait guère d'ailleurs ; ce en quoi il avait peut-être tort.

Au début d'une cirrhose atrophique, quand le foie présentait encore un certain volume, qu'il était parfois plus gros qu'à l'état normal, que seuls des signes de pléthore, des troubles digestifs, des symptômes vertigineux, des indices de congestion cérébrale et hémorroïdaire, de fréquents saignements de nez surtout, pouvaient faire craindre à un praticien averti l'imminence de la sclérose hépatique, il était d'usage d'instituer le régime lacté intégral. Le malade prenait le lait coupé d'un quart d'eau de Vichy, de deux heures en deux heures. En même temps, on administrait d'ordinaire l'iodure potassique, de 20 à 25 centigrammes, par jour ; le calomel, par dose de 2 à 5 centigrammes, ou bien l'évonymine à 10 et 30 centigrammes. Les grands lavements chauds quotidiens, les révulsifs sous forme de teinture d'iode ou de pointes de feu complétaient la série thérapeutique.

Plus tard, venait-on à constater le retrait de la glande hépatique, ou bien observait-on le malade à une période déjà avancée de la maladie, accompagnée d'ascite et d'œdème des mem-

bres inférieurs, qu'on modifiait sensiblement le traitement. La diète lactée, jugée trop débilitante, faisait place à un régime léger, d'où le vin, l'alcool sous toutes ses formes, étaient sévèrement proscrits. Le malade devait absorber force boissons diurétiques : lactose, infusions de café vert, oseille, digitale à petites doses ; on y joignait les cholagogues et les drastiques.

Quant à la cirrhose hypertrophique, c'était pis encore. Ici, il était admis comme un dogme que le traitement curatif était nul. (Voir Dieulafoy, 1re édition 1884) et le traitement symptomatique purement palliatif. Donc : émissions sanguines locales, dans le cas de poussées inflammatoires ; purgations contre les troubles dyspeptiques, diurétiques, toniques, amers, eaux de Vichy, de Vittel, sans compter les stations étrangères. Le régime était sobre ; les graisses, sauces grasses, épices, conserves, viandes faisandées, sucreries, pâtisseries, en étaient sévèrement bannies.

Il était bon encore que le malade prît chaque matin deux grands verres d'eau de Vichy très chaude, avec un ou deux centigrammes de calomel dans le premier... en guise de sucre. Comme dans la cirrhose atrophique, les grands lavements chauds étaient de rigueur, on y joignait même, chaque soir, une pilule d'évonymine, s'il y avait constipation.

Quand il eût été bien constaté par des praticiens de valeur que la cirrhose du foie pouvait guérir, que chez des malades notoirement alcooliques, œdèmes, ascites, etc... disparaissaient sous la double influence d'un traitement quelconque des plus simples, et surtout de la cessation des habitudes pathogènes, l'opinion médicale évolua, parce qu'elle chercha. Alors, on reconnut que la sclérose, tout en frappant le tissu conjonctif du foie, d'une lésion irrémédiable, laissait souvent intacte une quantité assez notable du tissu glandulaire lui-même ; aussi songea-t-on fort justement, à faire bénéficier les cirrhotiques de la médication en vogue : l'opothérapie.

Ce fut, en effet, vers 1900, que Gilbert et Carnot, firent leurs premières expériences. Bientôt, ils étaient à même de constater et de déclarer, que sous l'influence de l'administration du foie de porc, donné aux malades atteints de cirrhose, la diurèse devenait plus abondante, le chiffre de l'azoturie se relevait. Parfois, il est vrai, le résultat était passager, mais quand la glande hépatique n'était pas trop touchée, on assistait à des améliorations, même à des guérisons souvent étonnantes.

Après eux, vinrent Dauriac, Combe, Vidal, Spillmann, Demange, etc..., et alors les observations favorables de se multiplier. Souvent, ce sont des augmentations de diurèse remarquables ; les quantités d'urine, de 350, 750, 800 grammes s'élèvent respectivement à 2.100, 2.450, 3.100 chez des cirrhotiques ascitiques, soumis à l'usage du foie de porc.

En même temps, l'urée, chez les mêmes malades, passe de 7 gr. 87 à 22 gr. 50, de 13 gr. à 23, de 7 gr. à 25 ; l'acide phosphorique augmente pendant que l'albumine et l'urobiline diminuent. Le pouls se relève, les contractions cardiaques sont plus fortes, la tension artérielle saute ici de 11 à 15, là de 15 à 18, et souvent les œdèmes s'effacent complètement. Chose curieuse à noter ce sont surtout les cirrhoses atrophiques qui réagissent mieux sous l'influence de l'opothérapie. Dans les cirrhoses biliaires, par contre, souvent l'ictère et la congestion hépatique persisteraient en dépit de la médication opothérapique. Les cas de Gaillard, qui a employé chez ses malades le foie naturel, à la dose de 150 grammes par jour, ceux de Hirtz qui préfère l'extrait hepatique, 1 gramme de poudre dans du lait, sont absolument typiques. Ils prouvent que chez les malades assez énergiques pour renoncer sans retour à leurs habitudes alcooliques, l'opothérapie bien conduite, poursuivie pendant un temps assez long, fait merveille. On peut d'ailleurs se rendre compte dès le début du traitement, de l'état du foie ; juger s'il est encore, oui ou non, en mesure de réagir, auquel cas, la guérison n'est pas douteuse. En effet, en pareille occurrence, c'est avec une rapidité remarquable, qu'on voit l'urée, la diurèse augmenter ; cette augmentation vient-elle, par contre, à faire défaut, le pronostic n'est guère favorable.

Quant à l'opinion émise par certains, que les résultats constatés à la suite de n'importe quel traitement médicamenteux ne sont que passagers, elle serait complètement erronée. Le cas de Eyret, cité par Mongour, cas qui est loin d'être unique, est absolument typique. Le sujet qui fait l'objet de cette observation, fut guéri complètement d'une cirrhose à l'âge de 40 ans. Deux ans de traitement complet suffirent et il vécut encore 18 ans, ayant succombé aux suites d'une affection totalement étrangère. Nous n'irons pas jusqu'à prétendre que l'opothérapie amène une *restitutio ad integrum* des foies malades. Non, certes. Si les lésions du parenchyme hépatique peuvent s'effacer par régénération, les lésions du tissu conjonctif, les scléroses demeurent, et on les retrouve à l'autopsie. Mais les cellules néoformées ne présentent plus les mêmes dégénérescences que celles de la glande primitivement atteinte qu'elles sont venues remplacer, le foie fonctionne et le malade vit ; il n'en demande pas davantage.

En présence de résultats si encourageants on ne comprendrait plus qu'un seul praticien pût hésiter à tenter l'opothérapie, lorsqu'il a à donner ses soins à un malade atteint de cirrhose. Que risque-t-il ? Absolument rien. Qu'y a-t-il à gagner pour lui et pour son malade ? Une guérison, qui pour n'être peut-être pas une guérison anatomique, n'en est pas moins une guérison véritable. La survie qu'elle confère au sujet dans des conditions d'existence qui n'offrent rien de désagréable, vaut bien qu'on tente une aussi inoffensive expérience et grâce à l'emploi aujourd'hui universellement répandu de la filudine de Chatelain, cette dernière est à la portée de tous.

Nous n'apprendrons rien à nos lecteurs en leur rappelant à quel point la filudine, dont les succès dans le traitement du paludisme chronique, de la lithiase biliaire, voire même du diabète sous toutes ses formes, deviennent chaque jour plus nombreux et plus démonstratifs, est à l'heure qu'il est, le produit pharmaceutique se prêtant le mieux à la réalisation d'une véritable opothérapie hépatique. La raison s'en comprend aisément. Résultat de longues et sérieuses recherches, la filudine a su réunir dans un même composé, un sel nouveau, la thiarféine ou thiocinnamate de caféine, des extraits biliaires, des extraits de foie et de rate, c'est-à-dire l'ensemble des substances les mieux appropriées à la *stimulation de toutes les fonctions de l'appareil biliaire, à la revivification des cellules hépatiques dégénérées* et menacées d'étouffement par la sclérose.

A tel point qu'il semble maintenant bien difficile de comprendre l'opothérapie d'une affection hépatique quelconque sans l'intervention de la filudine.

C'est un traitement de longue haleine à entreprendre. Qu'importe ? Est-il bien difficile de prescrire quelques comprimés d'un tel médicament au début de chaque repas, dès que le malade commence à manger ? (on peut d'ailleurs commencer plus tôt, le régime lacté n'étant nullement une contre-indication). En admettant même qu'il faille continuer, un an, deux ans peut-être, avec 10 jours de repos chaque mois, n'est-ce point là encore un traitement de beaucoup préférable aux interventions chirurgicales dont nous entretiennent, de temps à autre, les chirurgiens ? Qu'il s'agisse de laparotomies avec drainage, de l'établissement d'une fistule d'Eck (anastomose porte-cave), et d'autres interventions aussi meurtrières, malgré ce qu'en pensent et disent les opérateurs, l'opinion des patients n'est pas douteuse.

Résumons donc ce que doit être, à notre époque, le traitement médicamenteux ou mieux opothérapique, de toute cirrhose du foie, dont le médecin doit favoriser la régénération hyperplasique reconnue possible, depuis les travaux de Hanot, Gilbert, Ponfick, etc. Insistons sur la curabilité de ces affections qu'aucun praticien ne peut plus perdre de vue, car elle est réelle pour qui veut la tenter.

Ayant à traiter une cirrhose veineuse atrophique, d'origine alcoolique ou non, nous administrerons, dès le début, la filudine à hautes doses, en vue de prévenir le plus possible, l'insuffisance hépatique, conséquence d'une atrophie inévitable des éléments nobles de la glande. Nous agirons vite et hardiment et nous obtiendrons ainsi des guérisons complètes et durables.

S'agit-il, au contraire, de cirrhoses hypertrophiques veineuses de Gilbert et Hanot ? Ici encore nous pourrons escompter les résultats les meilleurs, si, à doses normales, nous prolongeons la médication filudique autant qu'il le faudra.

De même dans les cirrhoses hypertrophiques biliaires, la filudine va nous permettre également de rendre à l'organisme les extraits biliaires qui lui manquent, la bile n'arrivant plus dans l'intestin qu'elle a pour mission de désinfecter, par suite d'obstructions calculeuses fréquentes dans ce genre de sclérose. Bien entendu, dans chacun de ces cas, nous n'attendrons jamais l'apparition de l'insuffisance pour agir.

Encore un mot. Il est une autre indication qu'aucun médecin ne doit négliger quand il se trouve en présence d'une affection du foie, quelle qu'en soit la nature. C'est la nécessité de *laver le foie malade*, de le débarrasser de tous les déchets de la nutrition, produits des combustions incomplètes qui s'y accumulent. Celles-ci diminuent son pouvoir d'oxydation vis-à-vis de l'acide urique, la facilité qu'il possède d'utiliser le sucre, la graisse ; elles tendent à déterminer, chez lui, l'encombrement, l'obstruction. Or, cette obstruction, il faut la combattre, la faire cesser d'où qu'elle vienne ; il faut, pour cela, décongestionner l'organe, et cela encore, nous le pouvons.

A cette fin, en même temps que nous régénérerons le foie par la filudine, nous assurerons la décongestion et le lavage du foie par l'administration de l'urodonal.

Nous le pousserons à faire, de l'acide urique qu'il contient en excès, de l'urée.

L'urodonal est maintenant trop connu dans sa composition et dans ses indications générales pour qu'on puisse se méprendre sur son pouvoir en pareil cas. Les travaux nombreux dont il a été l'objet, ces dernières années, nous ont appris ce qu'on pouvait en attendre dans le traitement de la goutte, de l'intoxication alcoolique, de la lithiase biliaire, chez les arthritiques, les artério-scléreux, etc. C'est dire les services qu'il peut encore rendre chez les cirrhotiques, *ces véritables artério-scléreux du foie.*

En combinant, en une judicieuse harmonie, les bons effets de la filudine et de l'urodonal, le praticien possède désormais les moyens, non seulement de traiter, de façon logique, la cirrhose du foie sous toutes ses formes, une des affections les plus redoutables qui existent ; il a, ce qui vaut mieux, la possibilité de la guérir.

REVUE CLINIQUE

Dermatoses et érythèmes produits par l'antipyrine

Par M. le Docteur COURGEY

La presse médicale, surtout au début de l'emploi de l'antipyrine, fourmilla de faits et d'observations bizarres au sujet des accidents cutanés amenés par l'antipyrine.

Dans le *Lyon médical* du 30 juin 1896, notamment, on trouve l'observation suivante :

« M. Ballin a remarqué une dizaine de fois en 14 mois, en 1894, une singulière éruption survenant chez un malade après l'absorption de 0.50 d'antipyrine. L'éruption n'a pas reparu quand le malade s'est abstenu. Elle consistait en plaques rouges, en saillies de couleur uniforme, plates, arrondies on ovalaires, de teinte rousse. Au moment des premières poussées, deux ou trois plaques se transformèrent en vastes phlyctènes à contenu citrin et transparent, mais le fait ne s'est pas reproduit lors des dernières. Après plusieurs éruptions, la couleur a persisté plus ou moins longtemps ; en appuyant sur la plaque on constatait sur l'épiderme une teinte ecchymotique. Les plaques ont toujours été localisées aux deux mains, mais surtout à la main droite, le reste des membres, la tête et le corps étant indemnes, sauf une petite plaque sous l'orteil médian droit et un point sans rougeur, mais causant la sensation gênante d'un corps étranger, à la partie interne de la gencive supérieure contre les incisives médianes. Tous ces points précédemment envahis étaient repris à chaque poussée nouvelle avec une extension plus considérable de chaque plaque.

« L'éruption était prurigineuse et douloureuse spontanément et au contact d'un corps dur. Elle se faisait en peu de temps, s'annonçant par une sensation de prurit intense sur les parties qui, déjà envahies allaient l'être de nouveau, puis les plaques apparaissaient. Au bout de deux à trois jours, atténuation et disparition graduelle des symptômes pénibles, à l'exception du gonflement des téguments un peu plus persistant. En même temps, affaissement du relief, atténuation de la coloration. Au bout de 8 à 10 jours, à dater du début, fin de la poussée et desquamation par grands lambeaux des points envahis ».

Nous avons observé des phénomènes identiques en 1893, chez un de nos clients, M. B. qui, après chaque ingestion d'un cachet d'antipyrine de 0 gr. 50, était atteint d'une dermatose en plaques variant de la dimension d'une lentille à une pièce d'un franc, se produisant à la face, aux poignets, aux avant-bras, aux doigts, aux cuisses, aux pieds ; la plupart phlycténoïdes Celles qui étaient découvertes donnaient lieu à du prurit et à de la douleur. Elles persistaient plusieurs jours, puis se produisaient au même endroit à chaque nouvelle dose d'antipyrine, offrant les mêmes particularités que celles de l'observation du *Lyon médical.*

Notre client dut renoncer ainsi à l'usage de l'antipyrine, tellement ces dermatoses lui étaient pénibles et désagréables, laissant une trace brunâtre au lieu d'éruption ou de cicatrisation des phlyctènes, plusieurs semaines après leur apparition.

— Parfois la localisation est nette et affecte une région spéciale sans généralisation.

Nous avons été nous-même obligé de renoncer à l'usage de l'antipyrine, à cause d'une éruption spéciale consécutive à son emploi.

Dès que nous avions pris une dose de 0.50 centigr., il se produisait au bout de vingt minutes *exactement* une démangeaison sur toute la largeur du front, au-dessus des sourcils ; puis petit à petit, au-dessus du sourcil gauche, une tache roussâtre apparaissait de la largeur de l'ongle du petit doigt. Cette tache prenait une teinte de plus en plus foncée, formait élevure, devenait très prurigineuse avec sensation de brûlure même. Cela persistait quelques heures ; la démangeaison disparaissait, mais la tache persistait, en déteignant peu à peu dans l'espace d'une quinzaine de jours, après une période squameuse de quelques jours. Jamais de phlyctènes.

Et ces phénomènes se reproduisaient avec une telle régularité, que, sachant que nous venions de prendre un cachet d'antipyrine, les enfants à table attendait curieusement la production de la tache. « Dans cinq minutes, disait l'une. — Ah la voilà, regardez ! — Et de rire. Ces taches étaient ordinairement rondes, légèrement ovalaires.

— MM. Julien et Sibut (*Revue pratique des Travaux de médecine* dans l'*Abeille médicale,* du 16 avril 1898) ont montré une malade qui, depuis onze ans, prend de l'antipyrine et qui présente une plaque ovalaire d'un gris très foncé d'éruption antipyrinique dans la région lombaire.

Cette éruption dure depuis six ans, subissant des recrudescences au moment des prises du médicament que la femme absorbait à la dose de 1 gramme par semaine pendant sept ans, et depuis quatre ans à la dose de deux cuillerées de sirop.

— Mme B., à chaque prise de 0.50 d'antipyrine est atteinte de blépharite, rougeur et gonflement des paupières, tuméfaction herpétiforme des lèvres.

— M. N., 1902. Prend 1 gramme d'antipyrine à 7 h. du matin. A 7 h. 1/2, éruption généralisée de plaques élevées, de différentes dimensions, couvrant presque toute la surface du corps. Sensation de brûlure, même dans les rares endroits non atteints. Les yeux, la face, le front, le corps sont presque couverts de taches, avec phlyctènes en quatre endroits. Les démangeaisons sont insupportables. Cette éruption persiste trois jours et les traces ne disparaissent complètement qu'après une quinzaine de jours.

— L'observation suivante due à l'obligeance du Dr Lebrun d'Ivry, nous paraît des plus curieuses :

« Mme Th., en janvier 1893, atteinte d'angine fébrile, prend une cuillerée à soupe d'une potion (150 grammes de julep contenant 3 grammes d'antipyrine) vers midi.

Au bout d'une demi-heure, elle ressent des démangeaisons sur les cuisses, les bras, la face et principalement la vulve. Vers cinq heures du soir, apparaît une éruption subite érythémateuse.

Ayant déjà été atteinte de phénomènes semblables après un cachet d'antipyrine, elle cesse d'elle-même la potion.

Lorsque nous la voyons le lendemain matin, elle est couverte de plaques surélevées, variant du ton framboisé au rose pâle, présentant au centre une tache blanche entourée d'une série de vésicules de la grosseur d'un pois.

Ces plaques sont de dimensions variables, allant d'une pièce de deux francs à une paume de main. Elles sont confluentes au niveau de la face interne des cuisses, des régions fessières, à la face qui est bouffie, et aux bras. En somme, il y en a sur tout le corps.

Mais ce qui nous semble plus intéressant dans cette observation, c'est l'envahissement de toutes les muqueuses.

La vulve est œdématiée, les lèvres sont énormément gonflées, de couleur violacée, vésiculeuses ; leur muqueuse interne est rouge vif, et cet état semble se continuer dans le vagin. L'introduction d'une canule est complètement impossible, car cette région est le siège d'une démangeaison insupportable et d'une vive douleur au toucher.

La muqueuse anale est le siège d'une éruption semblable.

Les yeux sont tuméfiés, rouges, atteints d'une conjonctivite aiguë catarrhale.

On constate également une gingivo-stomatite douloureuse empêchant toute alimentation solide.

La malade a, en plus, des symptômes de cystite avec mictions excessivement douloureuses.

Cet état dura environ dix jours et ne fut calmé que par des lavages fréquents à l'eau bicarbonatée ou à l'eau de guimauve, par des compresses émollientes et le régime lacté.

Les plaques s'atténuèrent en 8 ou 10 jours environ, laissant à leur place des cicatrices brunâtres qui persistèrent atténuées aux fesses et aux cuisses pendant plus de 8 mois, rappelant assez bien la teinte des lésions spécifiques disparues.

Quant aux lésions des muqueuses, elles s'éteignirent plus rapidement, mais furent plus douloureuses, donnant de véritables sensations de cuisson, — et cela pendant six à sept jours ».

Nous pourrions citer de nombreux cas de dermatoses antipyriniques pris dans notre clientèle sans qu'il soit possible d'attribuer ces phénomènes à une diathèse quelconque. Il s'agit en somme, d'une prédisposition ou d'une idiosyncrasie spéciale.

Cela nous fait même songer que Dujardin-Beaumetz avait signalé, au début de l'emploi de l'antipyrine, des cas de mort subite ; ce qui donne une note encore plus grave à ce médicament qui rend pourtant de si grands services (1).

REVUE DE CHIRURGIE

Epithélioma de la face traité par le formol

Par M. le Docteur H. MORESTIN
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

Comme je l'ai dit dans le rapport que j'ai présenté il y a quelques mois à la Société de Chirurgie, les injections de formol ne me paraissent avoir que d'assez rares indications dans la thérapeutique des tumeurs malignes, si on laisse de côté les cas où cet agent thérapeutique est employé à titre adjuvant ou à titre palliatif. Le véritable traitement des cancers les plus graves, comme des épithéliomas cutanés les plus bénins, est l'exérèse chirurgicale. Dans certaines circonstances pourtant, l'emploi de procédés non sanglants et en particulier de la méthode formolée est sinon recommandable du moins acceptable.

Quand une tumeur superficielle, facilement abordable, peut être infiltrée et bloquée par les injections de formol, on en peut parfaitement obtenir la guérison, en procédant de cette manière.

Chez quelques sujets très âgés ou profondément tarés, j'ai eu ainsi recours au formol, dans des cas justiciables en principe de l'intervention chirurgicale. En voici un exemple qui indique très clairement la catégorie de malades auxquels je réserve ce traitement.

Il s'agit d'une femme de quatre-vingt-deux ans, dont la sénilité est extrême. Cette pauvre vieille ne sait plus si elle habite Paris ou Lyon ; sa torpeur intellectuelle est complète ; elle ne prononce plus que quelques phrases, toujours les mêmes, et elle reste indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle.

Elle est entrée dans mon service le 25 novembre 1912. Elle présentait au niveau de la tempe gauche une tumeur du volume d'un œuf, empiétant quelque peu sur la région massétérine et la partie supérieure de la joue. Elle était implantée par un large pédicule, couverte d'une épaisse croûte stratifiée dissimulant une surface ulcérée.

La tumeur évoluait depuis plusieurs années, elle était indolente, mobile sur le plan profond, et ne s'accompagnait pas d'adénopathie. La croûte enlevée, on apercevait un ulcère profondément creusé au sein de la tumeur, à parois végétantes couvertes de détritus. Extérieure-

(1) *Le Concours médical.*

ment, le néoplasme offrait une coloration d'un rouge violacé avec ça et là des parties blanchâtres de consistance plus molle.

Le diagnostic d'épithélioma, très vraisemblable, d'après l'aspect clinique, fut vérifié par une biopsie. Il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux avec des globes cornés en abondance.

Je pratiquai à cinq reprises des injections de formol au tiers dans l'épaisseur de la tumeur et autour de son point d'implantation. Ces injections étaient chaque fois de 5 à 6 centimètres cubes de ma préparation formolée (glycérine, alcool, aldéhyde formique). Elles furent pratiquées le 8 novembre, le 10 décembre, le 17 décembre 1912, le 9 et le 17 janvier 1913.

La tumeur s'est ratatinée et flétrie sous l'influence des premières injections et momifiée sous l'influence des dernières. Après arrachement du corps sec, dur et noirâtre qu'elle était devenue, j'ai fait les dernières injections le 17 janvier dans les tissus sous-jacents. Il en est résulté une nouvelle escarre brune qui a mis un temps infini à s'éliminer, et dont une parcelle persiste encore au centre de la cicatrice. Celle-ci est souple, mobile sur les parties sous-jacentes, et partout autour d'elle les tissus paraissent sains. Il semble que la guérison soit acquise, sans qu'on puisse, bien entendu, l'affirmer.

Il est certain que l'exérèse chirurgicale aurait fourni un résultat beaucoup plus rapide. Il me paraît néanmoins intéressant de produire cette observation à titre de document et de contribution à l'étude du traitement des néoplasmes par le formol. (1).

REVUE THÉRAPEUTIQUE

Réflexions sur la Prophylaxie et la Réglementation de la Prostitution dans les Stations thermales et climatiques (2)

Par M. le Docteur RAJAT
Docteur ès-sciences de l'Université de Lyon
Directeur du bureau municipal d'hygiène de Vichy

De nos jours, des efforts très encourageants sont tentés pour empêcher, soit l'importation, soit l'extension des maladies vénériennes dans nos stations thermales et climatiques. Les municipalités doivent veiller à ce que les règlements réprimant la prostitution soient strictement appliqués, ce qui est, la plupart du temps, des plus difficile. Les services d'hygiène devraient être tenus de s'occuper davantage de la prophylaxie de ces affections qui causent à l'individu et à la race ensuite de si lourdes tares. Antrefois, on était plus sévère, si je m'en rapporte à l'ordonnance du duc de Lorraine datée de 1500, affichée devant le grand bain de Plombières, en langue allemande et en langue française :

« Sçavoir faisons, que pour le repos asseuré et tranquillité de plusieurs dames et autres personnages notables affluans de plusieurs régions et pais en ces beings de Plombières, avons suivant l'intention de Son Altesse statué et ordonné, statuons et ordonnons ce qui suit :

« Sçavoir est, que l'antienne discipline de correction pour les fautes légères demeurera es mains des Allemands, comme d'antiennété, auxquels est enjoint faire observer les cérémonies, statue et polices desquelles ils ont usé pour la décoration desdits beings et punition des fautes qui seront commises par ceus de leurs nations, sans exceptions de personne, par forme de rançon et sans user d'aucun blasphème et autres propos irreverens contre l'église catholique et traditions d'icelles.

« Inhibition est faite à toutes personnes, de quelle qualité, condition, région et province qu'ils soient, de provoquer de propos injurieux et tendant à querelle, porter armes esdits beings, donner desmenty, ny mettre la main aux armes, à peinne d'estre punys griesvement, comme infracteurs de sanve-garde, rebelles et désobéissance à Son Altesse.

« Aussi à tontes filles prostituées et impudiques d'entrer ansdits beings n'y d'y approcher de cinq cens pas, à peine du fûet aux quatre carrés desdits beings. Et sur les bostes qui les auront reçues ou recélées, d'emprisonnement de leurs personnes et d'amende arbitraire.

« Sous les memes peinnes est défendu à tous user envers les dames, damoiselles et autres fames et filles, estant ausdits beings, d'aucuns propos lascifs ou impudiques, faire aucuns attouchements deshonnetes, entrer ni sortir desdits beings irreveremment contre l'honnesteté publique.

« Et parce que, par le bénéfice desdits beings, Dieu et nature nous procurent plusieurs guérisons et soulagements, et qu'il est requis une honneste mundicité et pureté, pour obvier à plusieurs contagions et infections que s'y pourroient engendrer, est ordonné expressément au maistre desdits beings prendre soingneuse garde et visiter les corps de ceux qui y entreront, tant de jour que de nuit, les faisans contenir en modestie et silence pendant la nuit, sans bruit, scandale ni dérision. Que si aucun personnage ne lui est à ce faire obéissant, il en fasse prompte délation au magistrat, pour en faire punition exemplairement, etc., etc.... Donné ausdits Plombières le quatrième jour du mois de mai, l'an de grâce Notre-Seigneur, mil cinq cens.... »

Comme cette ordonnance l'indique, les ducs de Lorraine étaient sévères pour la bonne tenue de leurs bains, puisque les filles publiques s'exposaient à être fouettées aux quatre coins de ces bains et que ceux, par malheur, qui venaient de pays contaminés, encouraient la peine de mort.

Si on était aussi sévère au XVIe siècle, au XXe nos mœurs se sont adoucies. Ce que nous devons faire pour les filles publiques, c'est de soigner les malades, d'isoler les contagieuses, d'interdire le racolage dans les rues et sur les places les plus fréquentées par les baigneurs et les buveurs d'eau.

Nous allons, successivement, étudier ces trois principaux points, et en tirerons des conclusions.

1° *Soins à donner aux filles malades.*

La surveillance médicale des filles en carte doit être des plus rigoureuses, c'est-à-dire que les médecins chargés de l'examen bebdomadaire doivent examiner, en premier lieu, la bouche de la fille pour voir si elle ne présente pas des plaques muqueuses, si les amygdales sont saines ; puis, on procédera à l'examen du corps, enfin on passera à l'examen de la vulve, ce dernier examen devra être aussi sérieux que possible, on fera écarter les grandes lèvres, on visitera le clitoris, les petites lèvres et l'orifice de l'urètre, introduisant un doigt dans le vagin, on appuiera fortement sur la paroi inférieure dudit canal pour essayer de faire sourdre une goutte de pus ; ceci fait on passera à l'examen du vagin en se servant du speculum. Il arrive fréquemment qu'un chancre du col peut passer inaperçu si on ne prend pas soin de visiter la matrice. Alors seulement on pourra donner le certificat de santé si rien d'anormal n'est décelé. Si, dans la visite hebdomadaire qui vient d'être passée, on a constaté qu'une ou plusieurs filles sont atteintes de maladies vénériennes, on les arrête de suite de manière à ce qu'on les dirige sans plus tarder au pavillon spécial où les soins correspondants à leur état leur seront donnés. Cependant, il arrive souvent, que des filles, tout en étant saines, présentent au niveau de l'orifice de la matrice un écoulement de flueurs blanches. Cet écoulement, bien que peu contagieux, devra être soigné. Pour ma part, je me suis toujours bien trouvé, en pareil cas, de la médication suivante : je faisais à l'orifice de la matrice une cautérisation avec une solution de teinture d'iode au moyen d'un porte-coton imprégné de cette solution, et ceci durant quatre à cinq jours. Dans l'intervalle, je faisais prendre à la femme des injections avec de l'ean très cbande, contenant une ou deux cuillerées à sonpe de Gyraldose. Cette préparation composée d'acide thymique, trioxyméthylène, alumine sulfatée, m'a toujours donné d'excellents résultats, et les femmes la préfèrent à toute autre car elle est d'un emploi très commode, ne tache pas et sent bon, ce qui fait qu'on ne peut la déceler facilement ; en outre, au point de vue médical, c'est un excellent médicament. Ce produit, en effet, est acide, sans être caustique, antiseptique et désodorisant par l'acide thymique, désinfectant et bactéricide par le trioxyméthylène, ces deux corps voyant leurs propriétés antiseptiques décuplées du fait de leur association dans certaines proportions, le tout complété par l'alumine sulfatée astringente et fixatrice qui absorbe les propriétés irritantes du formol. Telle est ma façon de soigner les filles un peu suspectes. Si elles sont malades, on doit les isoler.

2° *Isolement des contagieuses.*

Les filles reconnues malades seront conduites à l'hôpital où elles seront soignées suivant le genre de maladie.

L'isolement à l'hôpital est de toute nécessité, pour des motifs trop faciles à comprendre pour entrer dans un plus long développement, toutefois, je veux insister tout spécialement sur ce point qu'il ne faut pas montrer l'hôpital comme une prison, comme un lieu de séquestration; il faut d'abord montrer à ces femmes que si on les arrête c'est tout aussi bien dans leur intérêt que dans l'intérêt de la société; il faut leur apprendre à se soigner, leur montrer les dangers qu'elles font courir aux autres et à elles-mêmes; en un mot, on doit faire leur éducation.

L'isolement des contagieuses doit être fait dans un pavillon isolé, placé de préférence à une des extrémités de l'hôpital général et ne communiquant pas avec l'extérieur directement, de façon à ne pas s'exposer à une fugue des malades ; dans ce service, on s'efforcera de rendre le séjour le plus agréable possible et on fera en sorte que les malades ne soient pas exposées aux vexations qui se produisent souvent dans les services. Le traitement à suivre sera prescrit et devra être exécuté très ponctuellement. On ne devra, enfin, signer l'exeat, que lorsque tout danger de contagion sera écarté.

3° *Interdiction du racolage dans les rues.*

L'interdiction du racolage est chose plus difficile, car aucune loi ne permet cette interdiction et tout ce que l'on fait n'est, somme toute, que de l'arbitraire. Nous ne sommes plus au temps des ducs de Lorraine, ce qui se faisait à cette époque n'est plus de mise en notre siècle de liberté. On pense bien qu'il serait chimérique de vouloir supprimer le racolage, car chacun est libre de faire ce qui lui plaît, à ses risques et périls et sous sa responsabilité, mais ne pourrait-on pas réprimer le racolage scandaleux et gênant, tel celui qui se pratique encore de nos jours sous l'œil bienveillant de la police et en dépit des règlements? Plus puissant serait au point de vue prophylactique la lutte contre le proxénétisme, si on la poursuivait avec l'énergie nécessaire. Mais je me bornerai à ces réflexions et je terminerai cet exposé par le résumé des mesures que nous jugeons utiles pour la prospérité de nos stations et l'amélioration de la race.

Au point de vue moral :

Développer la conscience morale des jeunes gens et des jeunes filles, enseigner et moraliser les rapports sexuels en montrant les responsabilités que l'instinct sexuel comporte.

(1) Soc. de chir.
(2) *Communication a l'Académie de médecine de Paris (14 octobre 1913).*

Au point de vue social :

Il importe de protéger la femme en poursuivant le séducteur (recherche de la paternité), protéger les mineures en poursuivant d'une manière énergique les souteneurs et en réprimant sévèrement la traite des blanches.

Protéger les mineurs en fixant d'une façon très sévère les responsabilités des séducteurs.

Faciliter les unions légitimes et encourager les mariages des jeunes, enfin réglementer avec équité et justice le travail des femmes et protéger les femmes enceintes, etc.

Au point de vue sanitaire :

Il importe de faciliter d'une façon très large le traitement des malades en créant là où ils n'existent pas encore des services de vénériens, en ouvrant très largement ceux qui existent et tout spécialement en organisant dans toutes les villes des dispensaires facilement accessibles, et surtout encourager les malades à subir le traitement en évitant tout ce qui serait capable de les faire remarquer.

Vulgariser le péril vénérien en l'enseignant à l'école, à l'atelier, à la caserne. On doit préparer les adolescents en termes précis, mais avec tact et discrétion et enfin bien insister sur ce point que les maladies vénériennes ne sont ni des maladies secrètes ni des maladies honteuses.

Au point de vue légal :

Faire établir la responsabilité civile et pénale en cas de contamination, restreindre le racolage, lutter de toutes manières contre le proxénétisme, et n'autoriser la prostitution publique que sous la sauvegarde d'un certificat de santé; en dernier lieu, abolir la prophylaxie administrative telle qu'elle existe actuellement.

Tels sont les moyens vers lesquels les hygiénistes doivent multiplier leurs efforts, car, en arrêtant des tares produites par ces maladies, ils auront régénéré la race et assuré l'avenir de notre pays ainsi que la prospérité de nos stations thermales et climatiques.

Emploi du Sérum antidiphtérique dans les Angines

M. le Dr A. Lebeaupin (de Moisdon-la-Rivière), rapporte dans la *Gazette Médicale de Nantes* avoir été amené par suite de diverses circonstances à traiter toutes les angines, en grand nombre, qu'il avait eu à soigner, par les injections de sérum antidiphtérique et n'avoir eu qu'à se féliciter de cette pratique. Depuis, il a agit de même et a su que, parmi ses confrères, M. le Dr Tissier (de Châtellerault), ancien interne du Dr Lesage, agissait de même, suivant en cela les indications de M. Lesage qui considère qu'avec cette méthode on guérit toutes les angines et que sa généralisation serait de nature à faire disparaître presque complètement la redoutable diphtérie, comme la vaccination pour la variole.

Récemment, dans deux cas de broncho-pneumonie chez l'enfant, les injections du sérum antidiphtérique donnèrent à M. Lebeaupin de beaux résultats. De même dans des cas d'hémoptysie. Aussi considère-t-il qu'il serait utile de recommander à tout praticien et en particulier au praticien des campagnes l'usage d'un moyen qui doit toujours être, à l'heure actuelle, à sa disposition. Il n'est pas permis, en effet, à un médecin dont le rayon kilométrique est tant soit peu étendu, de voyager sans avoir avec lui du sérum de fraîche date. La sérothérapie tend d'ailleurs à prendre une place de plus en plus grande, elle a été conseillée dans nombre de cas très différents.

Certains médecins ont craint par cette médication les accidents et les phénomènes d'anaphylaxie. Mais, comme l'a dit M. Brelet, il ne faut pas avoir la phobie de ces accidents qui sont exceptionnels et qu'on peut éviter d'ailleurs par certains moyens et en particulier par le suivant : injection intrarectale la veille ou quelques heures avant, ou injection hypodermique minime. Si le cas n'est pas urgent, commencer par l'injection rectale (10 cmc. de sérum), le lendemain, injection hypodermique de 1 cmc. et trois heures après l'injection massive du début, soit 20 cmc. Si le cas est urgent d'abord, de deux heures en deux heures, un centimètre cube, puis 2 cmc, puis 20 cmc. Pousser l'injection lentement ; employer de grosses doses d'emblée. A ces moyens, Lesné et Richet fils conseillent d'ajouter l'administration de chlorure de calcium et d'employer les sérums chauffés.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

De la conduite à tenir en cas d'Hémorragie rétro-placentaire

D'après M. le docteur Rudeaux, la conduite à tenir en cas d'hémorragie rétro-placentaire doit varier suivant les indications cliniques.

I. *L'état général est bon et le pouls normal.* — Il faut mettre la femme au repos, la surveiller attentivement, prendre le pouls matin et soir et attendre le début spontané du travail. Il est prudent d'avoir à sa disposition, en plus des médicaments habituels que nécessite tout accouchement, 500 à 1.000 grammes de sérum artificiel stérilisé, de l'éther et de l'huile camphrée pour pratiquer des injections hypodermiques.

II. *L'état général est grave et le pouls rapide* (plus de 100 pulsations). — On ordonne le repos absolu au lit, la tête basse, on rompt artificiellement les membranes, puis on provoque ou active le travail par l'introduction d'un ballon de Champetier de Ribes de petit ou de moyen volume. Il faut en même temps remonter l'état général par des boissons alcooliques chaudes et par des injections sous-cutanées de sérum (500 à 1.000 grammes) et d'huile camphrée. Dès que la dilatation complète sera obtenue, on terminera l'accouchement par une application de forceps (présentation du sommet), par l'extraction (siège). Si la femme est anesthésiée (à l'éther de préférence), on pratiquera la délivrance artificielle pour éviter une hémorragie nouvelle et évacuer toute la cavité utérine des caillots qu'elle peut renfermer.

III. *L'état de shock est très accusé, le pouls est petit et très rapide (plus de 120 pulsations). Il y a infiltration œdémateuse du col et du segment inférieur.* — Dans de telles circonstances, une seule intervention peut sauver la femme menacée de rupture utérine si l'on veut terminer rapidement l'accouchement par les voies naturelles, *c'est l'opération césarienne.*

L'anesthésie sera pratiquée à l'éther ; pendant l'opération, on luttera contre le mauvais état général par des injections sous-cutanées d'huile camphrée et de sérum artificiel.

Le traitement reconstituant devra être prolongé pendant les heures et souvent même pendant les jours qui suivent l'accouchement.

L'opérée sera maintenue la tête basse, dans une chambre isolée, chauffée et bien aérée ; elle sera entourée de boules d'eau chaude. On lui fera boire des boissons alcooliques en petite quantité, mais à intervalles rapprochés.

CARNET DU PRATICIEN

Hemoglobinurie paroxystique.

A. Au moment de l'accès.

1° Garder le repos au lit et régime lacté strict. S'abstenir de toutes pratiques hydrothérapiques.

2° Renoncer aux médications hémostatiques usuelles, ergotine, chlorure de calcium, adrénaline. Essayer l'action du sérum anti-sensibilisateur, préparé suivant les indications de Widal et Rostaine (sérum fourni par un cheval préparé par l'injection intra-péritonéale de sérum humain provenant de saignées thérapeutiques ou de sang placentaire) ; à défaut injecter du sérum normal frais, de préférence sérum humain ou sérum de cheval ; en cas d'urgence, employer le sérum antidiphtérique ; on injecte de ces sérums 20 à 40 cc. en injection sous-cutanée ; ou dose moitié moindre en injection intraveineuse ;

B. Après l'accès.

1° Eviter les fatigues, le froid, l'hydrothérapie froide ; si possible, passer l'hiver dans un climat doux ;

2° Surveiller l'alimentation : éviter les aliments oxaliques (oseille, haricots verts), les viandes de conserve, abatis, charcuterie, aliments fermentés, etc., les asperges, épices, thé, café, bière, etc.).

3° Prescrire pendant quinze jours par mois les cachets suivants :

Glycérophosphate de fer.......	0 gr. 10
Extrait de quinquina..........	0 gr. 05
Poudre de rhubarbe...........	0 gr. 10

pour un cachet n° 30, à prendre au milieu des deux principaux repas ;

Les quinze jours suivants, avant le petit déjeuner et avant le dîner une cuillerée à soupe de la solution :

Métavanadate de soude..	0 gr. 02
Arséniate de soude......... ..	0 gr. 03
Elixir de Garus	50 gr.
Eau distillée.......	q. s. pour 300 cc.

ou dix gouttes de la solution :

Arrhénal.................	7 grammes
Eau distillée..............	20 —

4° Administrer une préparation à base de sérum hémopoiétique ou mieux prescrire l'usage régulier du globéol (huit pilules par jour, deux une heure avant chaque repas et deux au milieu du déjeuner et du dîner).

5° Compléter le traitement par la médication spécifique.

Injections de biiodure ou de benzoate à la dose d'un à deux centigrammes de sel par jour ; puis après 10 injections suspendre trois semaines pendant lesquelles on donne la potion suivante :

Iodure de potassium	20 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères....................	60 —
Eau distillée	q. s. pour 300 cc.

La première semaine deux, la seconde semaine trois, la troisième semaine quatre cuillerées à soupe par jour, soit, 2, 3 et 4 grammes d'iodure, après quoi l'on recommence une série d'injections et ainsi de suite.

Entérite catarrhale aiguë toxique

Diète hydrique deux à trois jours. Contre la fièvre, bains frais. Injections de sérum artificiel (20-25 centimètres cubes additionnés de 2 centigrammes de citrate de caféine).

Dès qu'on revient au lait, le donner très prudemment ; d'abord coupé au cinquième, par petites doses qu'on n'augmentera que si elles sont bien tolérées.

A chaque repas, suivant l'âge de l'enfant, donner délitée dans une petite quantité d'eau sucrée de un demi à un comprimé de sinubérase.

Inhalations contre la coqueluche

Salicylate de méthyle	2 p.
Eucalyptol	3 p.

Répandre 4 ou 5 grammes, le soir, dans la chambre du malade, et agir de même deux fois par jour dans la pièce où il se tient.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 40.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J.-Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE

VARIÉTÉS

La Musique et la nervosité

Sous ce titre, M. le Dr Paul Farez a publié récemment dans la *Revue de psychothérapie*, un très curieux article sur l'influence que peut avoir la musique sur le système nerveux. En voici un passage qui intéressera en particulier les médecins possédant quelques notions musicales.

Le système harmonique et, de façon générale, les diverses harmonies ont une influence certaine sur le système nerveux.

Analysons sommairement l'influence des divers accords.

L'accord parfait majeur est certainement l'accord le plus sain, celui qui correspond le plus pleinement à l'équilibre de l'individu. Il procure une impression de satisfaction complète, sans inquiétude ni tristesse; l'oreille s'y repose naturellement.

L'accord parfait mineur, par l'effet même du ton mineur, est empreint d'une vague tristesse mélancolique, qui porte naturellement l'esprit aux sentiments et aux réflexions sombres; il impressionne dans le sens de la méditation sérieuse et plutôt pessimiste.

Les accords dissonants ébranlent davantage la sensibilité. Parmi eux, pourtant, d'importantes distinctions doivent être faites. Ainsi l'accord de septième dominante, le premier des accords dissonants, qui se résout naturellement sur l'accord parfait, est un accord à effet solide et puissant, qui peut être considéré comme très sain. Il n'en est pas de même du dernier accord de septième partant de la tonique et avec la septième majeure. Cet accord, à moins d'être employé de façon spéciale, heurte violemment la sensibilité et la déchire, notamment lorsqu'il est attaqué de façon accentuée; c'est un accord dont l'abus ne peut être que très nocif pour le système nerveux. L'accord de neuvième est à proprement parler l'accord romantique peu employé par les classiques, il est devenu l'accord wagnérien par excellence : selon son emploi, il peut produire des sensations très différentes. Wagner en a tiré de grands effets de force, surtout dans les scènes de passion; c'est un accord dont il y a lieu toutefois de se méfier, car il engendre, par son abus, des sensations de mollesse alanguie et de fadeur efféminée. Les modernes s'en servent de façon exagérée et généralement peu saine. Ce n'est pas un accord de véritable santé et de vraie force : les classiques lui préféraient, non sans raison, l'accord de septième dominante. Ce sont surtout les accords altérés de quinte augmentée qui agissent de façon funeste sur les centres nerveux; ils produisent un effet morbide certain et leur abus dans les œuvres des modernes est une cause directe de l'excitation que ces œuvres produisent sur le système nerveux. Ces déformations de l'accord parfait causent, à la longue, une dislocation de l'équilibre; elles agacent, fébrilisent et hystérisent. On finit, assurément, par s'y habituer quelque peu; elles n'en maintiennent pas moins la sensibilité dans un état voisin de la trépidation.

Indépendamment des harmonies, il n'est pas douteux que le système harmonique des auteurs agisse puissamment sur les nerfs. La façon dont les harmonies sont employées, le manque de résolution de certains accords, des retards harmoniques entre autres, le passage rapide d'une dissonance à une autre, sans modulation, influent considérablement sur la sensibilité qui en est troublée et plus ou moins exaspérée.

ÉCHOS

La protection des enfants du premier âge.

Le ministre de l'intérieur vient d'adresser au président de la République le rapport sur l'exécution, en 1911, de la loi du 23 décembre 1874 sur la protection des enfants du premier âge communément appelée « loi Roussel ».

En dehors des considérations générales portant notamment sur les résultats obtenus par suite d'une application de plus en plus stricte de cette législation tutélaire pour les nourrissons, ce document contient d'intéressantes observations sur le mouvement de la population infantile soumise au contrôle des médecins inspecteurs, sur l'état civil des enfants, leur lieu d'origine et leur mode d'élevage. Il témoigne, en outre, d'un effort sensible de la part de l'inspection médicale pour rendre son action plus efficace.

Toutefois, force est de constater que la mortalité en 1911 a dépassé celle des années précédentes. Mais c'est là un fait commun à toutes les nations européennes, dû à l'extrême chaleur qui a sévi cette année-là et qui a rendu l'été particulièrement meurtrier pour l'enfance du premier âge.

Les dépenses qu'a entraînées l'application de la loi ont été en 1911 de 1.936.418 francs.

Médecins coloniaux.

Récemment, le Ministre de la Guerre faisait parvenir aux Doyens des facultés de médecine, aux Directeurs des Ecoles Supérieures de médecine et de pharmacie, ainsi qu'aux diverses autorités administratives sur le territoire desquelles fonctionnent ces établissements l'avis de l'ouverture d'un concours pour des emplois de médecins et de pharmaciens aides-majors dans les troupes coloniales.

Peut-être cet avis, signifié par voie d'affiche et de circulaire, est-il passé inaperçu de ceux qu'il pouvait le plus intéresser. A ce sujet, il nous a paru utile de rappeler que la carrière de médecin militaire dans les troupes coloniales n'est point exclusivement réservée aux élèves issus des Ecoles militaires du Service de Santé. Le décret du 21 juin 1906 a prévu, en effet, l'attribution, à la suite d'un concours, d'un certain nombre d'emplois dans ces troupes aux docteurs en médecine et aux pharmaciens de 1re classe qui, âgés de moins de 32 ans et ayant satisfait aux obligations de la loi de recrutement, sont reconnus aptes à servir activement en France et aux Colonies.

A notre époque, où une âpre concurrence se manifeste dans toutes les branches de l'activité humaine, où les meilleures volontés, servies par de solides connaissances professionnelles ne sont jamais garanties contre l'insuccès ou la médiocrité, il semble que la perspective d'une carrière exempte d'aléa et qui, par ailleurs, en plus de ses nombreux attraits, ouvre un vaste champ d'observation aux intelligences éprises du non « déjà vu », sont de nature à tenter de jeunes médecins ou pharmaciens qui, dans la vie civile, se demandent, non sans appréhension, si l'avenir répondra à leurs espérances. L'état d'officier s'offre à eux, avec ses prérogatives, sa sécurité du lendemain, la certitude d'une retraite, en même temps que la médecine, dans les troupes coloniales, leur réserve, au cours de nombreux voyages à travers le monde, une diversité de fonctions toujours fort intéressantes et, chose à considérer dans la carrière militaire, leur assure un avancement rapide. A ce dernier point de vue, la lecture de l'Annuaire est suggestive. Tous les médecins majors de 2e classe (capitaines) promus durant l'année courante comptaient à peine 5 ans dans les grades réunis de médecin aide-major de 1re classe et 2e classe; les médecins majors de 1re classe (commandants) réunissaient seulement 13 ans de services comme médecins militaires. Ce qui revient à dire qu'un docteur en médecine, entré dans l'armée entre 25 et 30 ans doit espérer obtenir son quatrième galon vers la quarantaine. Si l'on considère, d'autre part, que la solde d'un jeune aide-major, servant aux colonies, varie entre 6.000 et 6.800 francs, que celle d'un médecin-major de 2e classe s'échelonne entre 7.200 et 9.200 francs et que dans les grades de médecin-major de 1re classe, de médecin principal de 2e et 1re classe, les traitements dépassent respectivement 11.000 13.000 et 16.000 francs. (Ces chiffres actuels ne tiennent pas compte de l'augmentation des soldes que le Parlement paraît fermement décidé à accorder aux officiers.) On conçoit que ces émoluments — s'ils ne supportent guère de comparaison avec ceux des « princes de la science » — ne sont cependant pas négligeables. De plus, à l'encontre de ce qui se produit pour les autres officiers, les médecins coloniaux bénéficient de sérieuses augmentations de traitement qui viennent s'ajouter à la solde, grâce aux multiples fonctions qu'ils sont appelés à remplir dans les pays outre-mer. Car, leur activité ne s'exerce pas seulement dans les corps de troupe; elle trouve à s'employer utilement dans les établissements hospitaliers relevant de l'administration locale, dans les services de l'assistance médicale indigène, dans les Instituts Pasteur créés aux colonies, dans les consulats, dans les grandes entreprises privées, etc., etc... Tout cela constitue pour le médecin militaire colonial une source de profits qui rendent sa situation fort enviable et que lui envieraient certainement bien des confrères, restés en France, s'ils la connaissaient mieux. Tout ce qui vient d'être dit pour les médecins s'appliquent également aux pharmaciens.

Il est rappelé que les candidats admis au concours sont astreints à un stage de huit mois à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille; ils portent l'uniforme des aides-majors de 2e classe du service de santé de ces troupes et perçoivent une solde mensuelle de 217 fr. 50, il leur est, en outre, alloué une première mise d'équipement de 575 francs.

Les demandes de participation au concours doivent parvenir, avant le 20 novembre prochain, au Ministère de la Guerre (Direction des Troupes coloniales, 3e Bureau) qui répondra à toute demande de renseignements au sujet des pièces à produire par les candidats.

Syndicat général des urologistes français.

A la suite de l'appel lancé par la *Revue Pratique des Maladies des Organes Génito-Urinaires*, de Lille, le Syndicat Général des Urologistes Français vient de se fonder à Paris dans une réunion tenue le 10 octobre dernier, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, et à laquelle assistait la plupart des Urologistes de France, réunis à Paris à l'occasion du XVIIe Congrès d'Urologie.

Le Bureau et le Conseil d'administration sont constitués ainsi qu'il suit :

Bureau : Président : Dr Moran, de Brest; Vice-Présidents : Drs Lebreton, de Paris; Verrière, de Lyon; Trésorier : Dr Maringer, de Paris.

Conseil d'administration : MM. les Drs Chevelle, de Nancy; Grandjean, de Paris; Jeanbreau, de Lyon; Secrétaire général: Docteur Gallois, de Lille; Montpellier; Le Fur, de Paris; Oraison, de Bordeaux.

Le siège social est établi au Secrétariat Général à Lille, 121, boulevard de la Liberté.

La *Revue Pratique des Maladies des Organes Génito-Urinaires* est désignée comme organe officiel du Syndicat.

Pour les admissions, MM. les Confrères Urologistes sont priés de s'adresser à M. le Dr Moran, Président, 11, rue de l'Amiral Linois, à Brest, ou à M. le Dr Gallois, 121, boulevard de la Liberté, à Lille.

Les « non-combattants ».

Sur quinze citations à l'ordre du jour faites par le général Lyautey à l'occasion des affaires de Ksiba, 8, 9 et 10 juin 1913, colonne Mangin, nous relevons les noms de cinq médecins.

Voici, d'après le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, le détail des citations :

« Sarrat, médecin aide-major de première classe : Les 8 et 10 juin, au cours des combats de Ksiba, chargé d'un relai d'ambulance, a fait preuve d'un dévouement inlassable et d'une belle bravoure en relevant et pansant de nombreux blessés sur la ligne de feu ».

Gromier, médecin aide-major de réserve de première classe: « Le 10 juin 1913, au combat de Ksiba, a fait preuve de courage et de dévouement en relevant trois blessés sur la ligne de feu, sous une grêle de balles qui lui blessèrent son cheval ».

Pradourat, médecin aide-major de première classe, au 7e régiment de tirailleurs : « Le 10 juin 1913, au combat de Ksiba, a donné une très brillante preuve de calme, de courage et de haute connaissance professionnelle en ramenant le corps d'un officier mortellement blessé au moment où, la retraite ayant été sonnée, il se trouvait en arrière de nos tirailleurs au contact d'un ennemi acharné qui l'a obligé à faire personnellement, le coup de feu pour se dégager ».

Astie, médecin aide-major de deuxième classe au 9e bataillon sénégalais : « Le 10 juin 1913, au combat de Ksiba, a fait preuve d'un dévouement et d'une bravoure remarquables en un moment où les soins des blessés lui laissaient du répit; pendant le passage du défilé de Foum-Taksout, s'est offert spontanément à son chef de bataillon comme agent de liaison et a porté des ordres avec un calme parfait sur les points les plus exposés de la ligne de feu. »

Maux, aide-major de première classe du 7e bataillon colonial: « Le 10 juin 1913, au combat de Ksiba, a fait preuve de zèle, de dévouement, et d'une bravoure remarquables en pansant des blessés sous le feu, dans des circonstances telles que les infirmiers durent faire le coup de feu pour le protéger ».

VILLES DE SAISON

Stations hydrominérales et climatiques

Par décret présidentiel, la commune de Saint-Gervais-les-Bains (Haute-Savoie) est érigée en station hydrominérale et climatique et une chambre d'industrie thermale et climatique est instituée dans cette station.

84e Année (Série XIIIe) — No 223 Le Numéro 25 Centimes Mercredi 12 Novembre 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Bonne-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.

Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 12 Novembre 1913

ÉCHOS

L'institut d'hygiène alimentaire

La Société scientifique d'hygiène alimentaire et d'alimentation rationnelle de l'homme, que préside M. Armand Gautier, membre de l'Institut, va avoir son Institut. Les plans du nouvel édifice sont tracés. Le palais qu'on va construire s'élèvera à l'angle de la rue de l'Estrapade et de la rue Clotilde sur les terrains de l'ancien réservoir du Panthéon que la ville a généreusement cédés à la Société alimentaire. Il comprendra les laboratoires nécessaires à la culture de toutes les sciences se rapportant au programme général de l'alimentation. Il contiendra également une « chambre respiratoire calorimétrique » qui permettra d'établir la balance entre les quantités de matière et d'énergie absorbées puis excrétées par l'organisme humain. On y trouvera tous les éléments nécessaires aux enquêtes alimentaires. Une vaste salle lui permettra de donner des conférences scientifiques et populaires. D'autres salles seront réservées au musée et aux collections d'éducation populaire. Enfin l'Institut publiera un bulletin qui mettra le public au courant de ses enquêtes et qui donnera les résultats de ses recherches scientifiques.

Maison du médecin

Notre confrère, M. le sénateur Léon Labbé, membre de l'Institut, vient de faire accorder, par la Commission des Jeux, la somme de 180.000 francs à l'œuvre de la Maison du Médecin. M. Labbé espère que ce don n'est qu'un commencement et que l'Etat interviendra à nouveau en faveur de cette œuvre.

La Faculté sans élèves.

Besançon, capitale de la Franche-Comté, possède une Université modeste : on y trouve une Ecole de médecine et de pharmacie, où, depuis l'ouverture, le nombre des maîtres est supérieur à celui des élèves.

L'année dernière, les cours de pharmacie étaient suivis par un seul étudiant. Ce disciple, dont l'éducation scientifique coûtait un peu cher au budget, était un respectable quinquagénaire, épicier-droguiste de son métier et candidat réactionnaire à toutes les élections. Il suivit pendant toute l'année, avec une touchante assiduité, les cours qui allaient lui permettre de vendre au détail les produits qu'il était obligé de céder en gros et à moindre bénéfice.

Il y eut pourtant une petite interruption dans ses études au moment du Nouvel an. A cette époque, en effet, l'honorable négociant a coutume de procéder à son inventaire annuel. Soucieux de la déférence qu'il devait à ses maîtres, il les convoqua un jour tous ensemble chez lui et leur annonça que, vu le surcroît de ses préoccupations, les cours vaqueraient pendant tout le mois de janvier.

Testicules d'animaux dans l'alimentation

Sur un rapport favorable de M. Laveran au Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine l'usage alimentaire des testicules d'animaux ne paraissant présenter aucun inconvénient, ces organes seront livrés désormais aux consommateurs après avoir été soumis à l'examen du service sanitaire vétérinaire. On estime que les abattoirs parisiens pourront fournir chaque année 40.000 kilos de substance testiculaire.

La Question de la dépopulation en Allemagne

L'opinion publique continue de se préoccuper vivement de la diminution du taux des naissances, diminution qui s'accentue de plus en plus en Allemagne. Le professeur von Gruher vient de prononcer à Aix-la-Chapelle, à l'assemblée générale de la ligue allemande pour le développement de l'hygiène publique, un discours qui est bien fait d'ailleurs pour susciter de légitimes inquiétudes. L'orateur constate, en effet, que le taux des naissances, qui s'élevait en 1876 à 226 pour 10.000, est tombé en 1906 à 149 pour 10.000 et en 1911 à 113 pour 10.000.

C'est principalement dans le royaume de Saxe, jadis si riche en naissances, que la chute a été le plus sensible. Depuis 1876, le chiffre des naissances a baissé de 40 0/0. La campagne, que l'on considérait comme le dernier espoir, a suivi le mouvement des villes. Dans les districts protestants, la natalité a baissé plus fortement que dans les districts catholiques. On constate également qu'elle a baissé plus ou moins suivant la prédominance de tel ou tel parti politique. C'est ainsi que le chiffre des naissances est plus faible dans les circonscriptions électorales qui élisent des députés socialistes.

D'après les *Dernières Nouvelles de Leipzig*, le chiffre des naissances d'enfants vivants s'est élevé en 1903, dans le royaume de Saxe, à 148.852; en 1910, il n'était plus que de 130.100, ce qui représente une diminution de 12.06 0/0. Mais ce pourcentage est encore accru du fait que le chiffre de la population était sensiblement supérieur en 1910. La courbe des naissances ne descend pas régulièrement, mais présente au contraire de légères oscillations. C'est ainsi qu'en 1904 on peut signaler 149.744 naissances, donc une légère augmentation, tandis que déjà en 1905 ce chiffre s'abaisse à 143.509. L'année suivante, on constate de nouveau une hausse avec 144.951 naissances, mais désormais la baisse est rapide et régulière.

A Berlin, de 1876 à 1912, le chiffre des naissances a baissé de 149 à 73 pour 10.000. La baisse est encore plus forte à Charlottenbourg et à Schœneberg. La natalité est désormais insuffisante à Berlin pour maintenir le chiffre de la population.

D'après le professeur von Gruber, il faut attribuer la baisse de ces dernières années au fait que les classes populaires commencent à suivre l'exemple des classes aisées. Les maladies et l'alcoolisme ne sont d'ailleurs pas restés sans influence. « Il est particulièrement regrettable, dit-il, que les classes dirigeantes donnent elles-mêmes le mauvais exemple et que la vraie source d'où viennent la plupart des talents risque ainsi de tarir. Plus que jamais on a besoin d'hommes capables chez lesquels l'hérédité augmente la valeur personnelle. C'est le manque d'hommes qui a été cause de la décadence romaine ».

Le professeur von Gruher voit une cause de la décroissance de la natalité dans la disparition de l'industrie familiale. Les enfants deviennent aujourd'hui de bonne heure des travailleurs indépendants qui quittent la famille pour en fonder une à leur tour. On félicitait autrefois les pères d'une famille nombreuse en disant que leur vieillesse était assurée. Or, grâce à la loi sur les retraites ouvrières, les enfants sont dispensés d'apporter à la famille le secours qu'on n'attendait que d'eux seuls autrefois, et ils ne constituent plus dès lors à leur naissance et pendant leurs premières années qu'une charge nouvelle. Aussi bien les logements sont défectueux. La femme qui travaille au dehors ne peut s'occuper des soins du ménage. Peut-être craint-elle même que le grand nombre des enfants ne soit nuisible à la santé de ceux-ci ou à la sienne propre, ce qui est un préjugé profondément inexact au point de vue physiologique, puisque dans les conditions normales une femme peut avoir dix enfants sans inconvénients et puisque on a même constaté que les enfants s'élevaient plus facilement quand ils étaient nombreux. « « Quant aux conditions économiques, dit le professeur von Gruber, elles sont évidemment plus favorables qu'autrefois. Jamais les familles ouvrières n'ont eu un sort meilleur. Il est vrai qu'elles ont davantage le souci de faire monter à leurs enfants un échelon de l'échelle sociale ».

Le professeur von Gruher considère que la décadence économique est une conséquence de la dépopulation, car le chiffre des producteurs et des consommateurs diminue. « Si la population reste stationnaire, dit-il, les maçons n'ont plus de maisons à construire. Dans la concurrence mondiale, une nation qui se dépeuple doit être vaincue ». Pour lui, une nation ne peut vivre de ses rentes. « Les Français eux-mêmes, ajoute-t-il, ne pourront s'accommoder de ce régime que tant que les autres peuples seront disposés à travailler pour eux et à leur payer leurs intérêts. Et d'ailleurs ne constate-t-on pas déjà en France un arrêt inquiétant dans le développement de l'industrie et de l'agriculture ? »

Le remède est-il dans l'amour libre et dans l'éducation des enfants aux frais de l'Etat ? Le professeur von Gruher n'en est pas partisan. Ce serait là imposer de grandes charges à la masse et faire reculer en même temps la civilisation. De plus, on verrait disparaître du même coup le plus vif attrait de la maternité : l'amour des parents pour leurs enfants. L'avenir est, suivant lui, dans l'union monogame permanente qu'il faut encourager par tous les moyens, et il faudra de plus assurer de sérieux avantages aux familles nombreuses.

L'Origine du mot " hongre "

D'après M. Duboché le mot « hongre » vient de ce que l'usage de châtrer les chevaux pour les rendre plus doux et plus maniables a été importé de Hongrie dans l-s pays d'Europe ou du moins des contrées voisines du has Danube, et également de la Moldavie et de la Valachie, principautés danubiennes qui constituent aujourd'hui la Roumanie. C'est, du reste, pour cette raison que les Allemands, pour désigner le mot « hongre », employé par tous, se servent de l'expression de « wallach », qui indique que la castration des chevaux leur est venue du pays valaque.

Mais ce genre d'émasculation de la race chevaline est d'origine plus lointaine. Comme beancoup d'inventions extraordinaires, cette mode venait de la Chine où elle était en usage depuis un temps très reculé et dont il est impossible de fixer l'époque, même approximativement. Elle s'était répandue dans le cours des siècles à l'aide des relations commerciales, soit par la voie de terre, à travers la Perse et l'Arabie, soit à la suite des échanges maritimes sur les eaux de l'océan Indien.

C'est ainsi que Voltaire, dans le tome XV de *les Dialogues* (p. 5), en parlant d'un chef guerrier chinois, s'exprime ainsi : Le Chang-Ti se plait heaucoup à entendre les voix claires de ses cinquante hongres ». On trouve dans le tome II des chroniques de Froissart (p. 267) cette expression: « Ils envoièrent trois escuiers montés sur trois hongres chevaux trop aperts ».

En langue wallone, hongre se dit « honk ».

Au seizième siècle, on disait couramment « il est bongre » en parlant d'un cheval châtré.

Destruction des lapins dans les cimetières de Rouen par le virus Pasteur

M. Noël, directeur du Laboratoire d'entomologie de la Seine-Inférieure, rapporte dans le *Bulletin du Laboratoire municipal du Havre* comment il a pu en peu de temps détruire les lapins qui pullulaient dans le cimetière de Rouen :

« Depuis plusieurs années des lapins s'étaient acclimatés dans le cimetière Monumental et le cimetière du Nord où ils se nourrissaient des plantes et des bouquets apportés sur les tombes faisant ainsi le désespoir des horticulteurs chargés de l'entretien des concessions.

« On avait chargé quelques chasseurs de prendre au furet ces maudits ravageurs, mais les terriers creusés à pic le long des tombes ne permettaient pas aux furets de ressortir du terrier et, depuis deux ans environ, les lapins n'étaient plus détruits et leur nombre était devenu prodigieux surtout dans le cimetière Monumental.

« Sur la proposition de M. Braquehais, conseiller municipal et président de la Société d'horticulture de la Seine-Inférieure, une Commission fut nommée afin d'étudier un procédé pratique de destruction de ces rongeurs, et je fus chargé par la Commission de cette destruction..

« Je ne pouvais mieux faire que de m'adresser à mon ami, M. le Dr Loir (préparateur de Pasteur, chargé autrefois par le maitre de détruire les lapins en Australie), actuellement directeur du Bureau d'hygiène du Havre.

« M. le Dr Loir voulut bien me préparer un virus que nous déposâmes sur des choux, des carottes et des laitues placés près des quarante-cinq terriers que nous avions pu découvrir.

« L'opération se fit le soir et le lendemain matin très peu de nos appâts avaient été dévorés en raison de l'abondance de la végétation ; malgré cela la maladie se propagea avec une telle violence que huit jours après tous les lapins étaient détruits et morts dans les terriers pour la plus grande satisfaction des horticulteurs chargés de l'entretien des tombes. »

M. Loir rappelle à ce propos que cette expérience si concluante renouvelle celle qu'il avait faite en 1887 lorsqu'il avait été chargé par Pasteur lui-même de détruire les lapins qui habitaient au-dessus des caves de Mme Pommery, à Reims.

La ponction épigastrique du péricarde
DANS LE
Diagnostic des épanchements péricardiques

Par M. le Docteur MARFAN
Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris

Le diagnostic des épanchements péricardiques présente de grandes difficultés. Trop souvent ils ne sont découverts qu'à l'autopsie. La raison principale de cette difficulté de diagnostic, c'est que les signes de certitude des épanchements péricardiques, d'ailleurs en très petit nombre, font défaut dans la majorité des cas, en sorte qu'on est le plus souvent obligé de se contenter d'un diagnostic probable, fondé sur des signes de présomption.

Comment se fait-il qu'on ne cherche pas à résoudre cette difficulté de diagnostic par la ponction exploratrice? Pourquoi n'explore-t-on pas la cavité péricardique par l'aiguille comme on fait pour la plèvre, pour les méninges, voire pour les séreuses articulaires ou le péritoine? S'il en est ainsi, c'est que la ponction du péricarde par les procédés classiques est une opération malaisée et dangereuse. Ces procédés consistent à faire suivre à l'aiguille la voie d'un espace intercostal. Or, par cette voie l'aiguille risque de blesser les vaisseaux mammaires internes, la plèvre, le cœur. Si, en surveillant le manuel opératoire, on peut éviter la blessure des vaisseaux mammaires internes, il est très difficile d'épargner à la fois le cœur et la plèvre; les procédés qui cherchent à ménager la plèvre n'y arrivent pas toujours et risquent de blesser le cœur; ceux qui cherchent à épargner le cœur n'y réussissent pas toujours et par contre, blessent infailliblement la plèvre. Enfin, dans tous ces procédés, le trocart aborde le péricarde en avant du cœur; or, l'étude de la topographie des épanchements de cette cavité a montré que c'est en avant du cœur que le liquide a sa moindre épaisseur; l'épanchement se fait surtout au-dessous et en arrière du cœur; donc, en utilisant la voie intercostale, on ne se met pas dans les meilleures conditions pour évacuer le liquide épanché.

Les médecins qui ont fait quelques essais de ponctions par la voie intercostale savent que, en suivant cette voie, on opère sans assurance et qu'on fait souvent des évacuations incomplètes ou des ponctions sans résultats.

En 1911, j'ai ponctionné le péricarde par l'épigastre en passant derrière l'appendice xiphoïde et j'ai proposé de suivre désormais cette voie. Ce nouveau procédé m'a paru exempt des défauts des anciens. Employé par moi-même, par mon ancien interne M. Blechmann qui l'a bien étudié dans sa thèse, par M. N. Fiessinger dans le service de M. A. Robin (soit 26 ponctions sur 8 malades), il a toujours rempli son but et s'est montré d'une exécution facile et dénuée d'inconvénients.

En voici le manuel opératoire. Le malade est à demi-assis sur son lit. L'opérateur place l'extrémité onguéale de l'index gauche sur le sommet de l'appendice xiphoïde qui sert de repère; le plus petit trocart de l'appareil Potain est enfoncé immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde, sur la ligne médiane; il est dirigé obliquement de bas en haut et, à mesure qu'il pénètre, on abaisse son manche vers la paroi abdominale de manière à rapprocher la pointe de l'aiguille de la face postérieure de l'appendice xiphoïde et du sternum, comme si on voulait raser cette face; on pénètre ainsi dans le péricarde. Le trajet total du trocart est d'environ 4 centimètres chez un enfant au-dessous de 5 ans, d'environ six centimètres chez les adultes.

En opérant de cette manière, après avoir traversé la paroi abdominale, l'aiguille chemine dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, sans toucher le péritoine; puis elle traverse la fente que limitent les insertions sternales du diaphragme, fente remplie du tissu cellulo-graisseux; elle ne touche pas les fibres musculaires. Enfin, elle perfore le feuillet pariétal du péricarde, à la partie antérieure de sa face inférieure et pénètre dans la cavité péricardique par une région où le liquide épanché s'accumule et forme en général une couche assez épaisse, c'est-à-dire dans un lieu d'élection pour la ponction.

On voit donc que la paracentèse du péricarde par l'épigastre évite avec certitude la blessure des vaisseaux mammaires internes, celle de la plèvre et celle du cœur, qu'on ne peut guère éviter avec les autres procédés.

Dès lors, elle paraît indiquée toutes les fois qu'un épanchement péricardique est certain ou probable. Elle a l'avantage :

1° D'assurer le diagnostic d'épanchement souvent incertain;

2° De faire connaître sa nature et d'en rendre possible l'étude cytologique, bactériologique, chimique, par suite de permettre d'en préciser la forme et la cause et de mieux poser les indications thérapeutiques ultérieures, en particulier de discuter avec plus d'assurance les indications de la péricardotomie;

3° D'évacuer le liquide épanché, de décomprimer le cœur, de faciliter la circulation et de diminuer la dyspnée.

Par la suite, si on écarte l'idée de péricardotomie, la ponction pourra être renouvelée toutes les fois que le liquide se sera reproduit en abondance ou qu'il exercera sur le cœur et les organes voisins une compression déterminant des accidents sérieux.

La ponction du péricarde par l'épigastre présente deux contre-indications : 1° un tympanisme abdominal excessif; 2° l'enfoncement de l'extrémité inférieure du sternum réalisant ce que l'on a appelé le *thorax infundibuliforme*. Dans ces deux circonstances, le trocart ne peut être dirigé comme il convient et on risque de blesser un des organes importants de l'abdomen ou le ventricule droit.

CONTRIBUTION
A
L'Étude des Vertiges chez les Tuberculeux
Valeur séméiologique de la « Toux vertigineuse »

Par M. le Professeur Ch. LESIEUR
Médecin des Hôpitaux de Lyon
Et M. le Docteur Lucien THÉVENOT
Ex-chef de clinique médicale

Les vertiges ou les ictus de courte durée consécutifs aux lésions laryngées ou trachéobronchiques ont été décrits par Charcot, puis par Gray et Bianchi, qui les considéraient comme des manifestations d'épilepsie larvée; ils furent bien étudiés en 1894, sous le nom d'ictus laryngés, par MM. Garel et Collet, qui les observèrent surtout chez les emphysémateux arthritiques et chez quelques tuberculeux.

Depuis plusieurs années, nous avons été frappés, à la consultation du dispensaire antituberculeux, d'entendre nombre de nos malades se plaindre de phénomènes vertigineux, parfois assez intenses pour entraîner la chute. Pour nous rendre compte de la fréquence et de l'allure de ces vertiges, nous avons interrogé systématiquement, d'une façon plus particulière, cent malades pris à toutes les périodes de la tuberculose; toutefois, nous avons dû faire porter nos investigations surtout sur des malades du 1er et du 2e degré, plus capables de se rendre à notre consultation.

Sur ces 100 malades, 45 n'accusaient aucun vertige. Ces cas se répartissent ainsi :

Première période de la tuberculose : 27;
Deuxième période : 14;
Troisième période : 4.

Au contraire, nous avons relevé 56 cas positifs : le phénomène se produisait sous l'influence de causes diverses, parmi lesquelles la toux, et spécialement la toux quinteuse, occupe la première place. Comme autres causes, au moins accessoires, il convient de signaler la digestion ou les changements brusques d'attitude.

Nous avons groupé ci-dessous les observations résumées de nos malades en les divisant en vertiges provoqués :

1° par la toux;
2° par des causes indéterminées;
3° par la digestion;
4° par les changements d'attitude.

I. — *Vertiges provoqués par les quintes de toux* (26 *cas*).

D... (Léontine), 29 ans. Toux depuis 1905. Signes du 1er degré, au sommet droit. Depuis deux mois, vertiges pas très intenses, ne se produisant qu'après les quintes de toux.

D... (Aimé), 37 ans. Tousse depuis février 1911. Emphysème avec quelques râles au sommet gauche; quelques vertiges à la suite des quintes de toux, et même en dehors de celles-ci.

H... (Angèle), 26 ans. Toux depuis octobre 1911. Obscurité du côté gauche. Depuis deux mois vertiges, dus exclusivement aux quintes de toux, sans autre cause.

R... (Charles), 34 ans. Toux depuis juin 1911; grosse obscurité du sommet droit avec quelques râles. Depuis un an et demi, vertiges après les quintes de toux et au contact de l'air; ces vertiges ont diminué en même temps que la toux s'est améliorée.

D... (Marie), 45 ans. Toux depuis dix-sept ans, après une pleurésie. Obscurité généralisée, râles au sommet gauche. Depuis deux ans, vertiges après la toux ou les changements d'attitude. La malade, très nerveuse, a eu de la chorée et présente souvent des tremblements.

B... (Jean), 34 ans. Tousse depuis 1910. Obscurité des deux sommets. Vertiges depuis un mois, depuis que la toux est plus fréquente : consécutifs aux quintes, sans tendance à la chute.

S... (Mathilde), 63 ans. Toux depuis novembre 1908. Emphysème et bronchite. Vertiges pendant deux à trois minutes après la toux et le matin au réveil, sans tendance à la chute; les troubles ont diminué depuis le début. Malade névropathe.

F... (Rosine), 32 ans. Toux depuis juillet 1911. Induration légère des sommets. Vertiges après la toux et par changement d'attitude.

B... (Philippe), 58 ans. Toux depuis 1895. Obscurité et râles aux deux sommets avec mauvais état général. Depuis le début de la toux le malade se plaint de vertiges durant une demi-heure ou une heure après les quintes, sans menace de chute.

G... (Marie), 50 ans. Tousse depuis octobre 1910. Obscurité du sommet droit et de tout le côté gauche. Vertiges après les quintes de toux, assez intenses pour déterminer parfois une chute, le phénomène existe aussi sans toux, mais beaucoup moins accusé.

H... (Marie), 44 ans. Toux depuis septembre

1909. Obscurité des sommets avec laryngite tuberculeuse, bon état général. Vertiges depuis novembre 1912, après la toux.

P... (Marie), 50 ans. Tousse depuis 1905 chaque hiver. Hémoptysies ; obscurité des sommets, surtout à droite. Vertiges exclusivement après les quintes de toux, pendant cinq minutes environ ; ils ont cessé, puis recommencé.

M... (Marthe), 29 ans. Début depuis septembre 1912. Obscurité du sommet gauche avec fièvre et hémoptysies. Vertiges depuis trois mois avec congestion passagère de la face et menace de chute, se produisant parfois sans quintes de toux. A noter des abcès salpingiens opérés, quelques troubles digestifs et un état névropathique très accusé.

C... (Madeleine), 54 ans. Tousse depuis 1901. Ramollissement des deux sommets, très amélioré depuis 1907. Vertiges après les quintes de toux ; ils vont en diminuant. A noter un peu d'artério-sclérose.

M... (Louise), 41 ans. Toux depuis février 1904. Obscurité du sommet gauche, ramollissement du sommet droit. Vertiges plus fréquents depuis un an, surtout au moment des règles ; se produisent à la fin des quintes de toux.

V... (Claudine), 34 ans. Toux depuis 1903. Ramollissement du sommet gauche, hémoptysies, forme ouverte. Depuis 1910, vertiges après la toux ; leur fréquence diminue actuellement ; jamais de chute.

M... (Antonia), 44 ans. Bronchite depuis 1904. Frottements pleuraux aux deux sommets, ramollissement à droite. Depuis deux mois, toux beaucoup plus fréquente avec vertiges après les quintes et menace de chute.

J... (Baptiste), 39 ans. Début en septembre 1912. Ramollissement du sommet gauche (lésion ouverte). N'accuse de vertige que le soir au sortir de l'atelier, à la suite d'une forte quinte de toux ; pas d'autre vertige dans la journée, le phénomène est empêché par l'ingestion, une demi-heure avant l'heure de la sortie, d'une pilule d'extrait thébaïque qui supprime la quinte.

B... (Albert), 26 ans. Toux depuis 1907. Hémoptysies, ramollissement du sommet gauche (forme ouverte). Vertiges très courts après les quintes, sans chute ; ont diminué depuis quatre ans en même temps que la toux.

S... (Jean), 49 ans. Toux depuis douze ans. Emphysème, signes de ramollissement du sommet gauche. Depuis trois ans, vertiges après la toux ; menace de chute.

S... (Aimé), 41 ans. Toux depuis mars 1904. Obscurité du sommet gauche, ramollissement du sommet droit. Les vertiges se produisent presque toujours après les quintes et ont débuté un an après la toux.

Q... (Marie), 47 ans. Toux depuis septembre 1905. Gros emphysème, surtout à droite, avec bacilles dans les crachats. Depuis un an et demi, vertiges après la toux. A noter que la malade est à la période de la ménopause.

F... (Jean), 42 ans. Toux depuis 1909. Ramollissement étendu au sommet droit. Rares vertiges après la toux.

C... (Charlotte), 33 ans. Toux depuis février 1912. Ramollissement du sommet gauche. Vertiges après les quintes pendant quelques minutes, avec menace de chute.

T... (Pierre), 31 ans. Toux depuis 1908. Induration du sommet gauche. Ramollissement du sommet et de la base droite (forme ouverte). Vertiges sous l'influence de la toux et des changements d'attitude ; deux ou trois chutes consécutives au vertige.

G... (Louis), 42 ans. Tousse depuis septembre 1911. Ramollissement bilatéral avec excavation du sommet gauche. Depuis trois mois, quelques vertiges après les plus fortes quintes de toux.

II. — *Vertiges provoqués par une cause occasionnelle variable ou indéterminée* : toux, digestion, efforts, contact de l'air froid, etc. (21 cas).

S... (Pierre), 39 ans. Début de la toux en décembre 1909. Obscurité des sommets avec quelques râles au sommet gauche. Vertiges depuis quelques mois, en particulier au contact de l'air extérieur, tousse beaucoup ; malade très nerveux ; quelques troubles digestifs.

Z... (Rose), 42 ans. Toux depuis octobre 1909. Induration des sommets, quelques râles au sommet gauche. Vertiges depuis le début de la bronchite, avec titubation et chutes ; névropathie.

P... (Benoît), 35 ans. Bronchite depuis 1901. Induration du sommet droit, quelques râles de bronchite aux deux sommets. Vertiges rares, sans cause précise.

P... (Jean), 34 ans. Tousse depuis décembre 1910. Gros emphysème avec induration du sommet droit. Légers vertiges depuis deux mois, le soir, le malade travaille pendant le jour.

G... (Hélène), 49 ans. Laryngite et toux depuis 25 ans. Sommets un peu indurés. Rares vertiges, surtout le matin.

G... (Jean), 17 ans. Bronchite ancienne, surtout depuis octobre 1910. Obscurité des sommets, surtout à gauche. Depuis un an et demi, vertiges ; une chute.

V... (Marie), 69 ans. Toux depuis février 1909. Induration légère des sommets. Vertiges en relation avec les périodes de bronchite, mais le plus souvent indépendants de la toux ; durent cinq minutes ; s'accompagnent de nausées et de menaces de chute ; plus fréquents au moment des règles

P... (Adrienne), 39 ans. Tousse depuis février 1905. Famille tuberculeuse (4 frères, mari, 2 enfants). Induration d'un sommet. Vertiges depuis huit ans environ.

R... (Eulalie), 60 ans. Adénites cervicales anciennes ; toux depuis janvier 1911. Induration du sommet droit. Vertiges fréquents, souvent en dehors des quintes de toux, avec menaces de chute.

L... (Jules), 55 ans. Toux depuis janvier 1906. Induration des deux sommets. Vertiges depuis octobre 1912 non provoqués par la toux ; ont déterminé une chute. A noter un léger degré d'artério-sclérose.

B... (Victorien), 48 ans. Toux depuis septembre 1910. Induration du sommet gauche, emphysème à droite. Vertiges avec bouffées de chaleur en dehors de la toux.

C... (Marie), 32 ans. Tousse depuis juillet 1906. Induration des sommets et obscurité de la partie moyenne du poumon droit. Vertiges depuis quinze jours.

V... (Jean-Baptiste), 52 ans. Toux depuis l'âge de 28 ans. Obscurité des deux sommets. Vertiges depuis un mois, le matin. A noter un état d'artério-sclérose accentué.

M... (Joséphine), 49 ans. Toux depuis novembre 1908. Induration des sommets. Vertiges fréquents, antérieurs à la toux.

C... (Louise), 35 ans. Bronchite depuis mars 1912. Induration du sommet droit. Etat vertigineux constant depuis un mois, sans relation avec la toux. Digestions lentes.

C... (Marie), 48 ans. Toux depuis 1904. Induration des sommets. Vertiges depuis deux ans exagérés au moment des règles, sans relation directe avec la toux. Etat névropathique.

G... (Charles), 42 ans. Toux depuis avril 1905. A présenté du ramollissement des sommets, d'ailleurs très amélioré actuellement. Vertiges depuis un an. Digestions très lentes avec gastralgie.

D... (Marie), 44 ans. Malade depuis deux ans. Vertiges fréquents, surtout provoqués par les émotions ou des troubles gastriques. Induration des sommets ; quelques râles.

P... (Marie), 21 ans. Bronchite depuis un an. Obscurité et frottements aux deux sommets, frottements à la base droite. Vertiges le matin et après les repas, sans rapport avec la toux.

A... (Auguste), 35 ans. Début par pleurésie en 1909. Ramollissement du sommet droit. Vertiges depuis un an, surtout sous l'influence de l'air extérieur.

E... (Eugène), 24 ans. Bronchite depuis 1908. Tuberculose laryngée, ramollissement bilatéral, caverne à droite. Vertiges en 1909 et depuis un an, avec menaces de chute.

III. — *Vertiges occasionnés par les repas* (5 cas).

L... (Joséphine), 21 ans. Bronchite depuis deux ans. Sommets obscurs. Vertiges après les repas. Digestions lentes depuis plusieurs mois.

P... (Hugues), 32 ans. Ramollissement du sommet droit, obscurité du sommet gauche (forme ouverte). Sensation vertigineuse après le repas depuis un mois.

B... (Marie), 35 ans. Tousse depuis octobre 1910. Induration et début de ramollissement aux deux sommets. Vertiges après les repas ; digestions lentes, névropathie.

V... (Cécile), 36 ans. Début en 1911. Signes d'induration aux deux sommets, lésions surtout pleurales. Vertiges après les repas, avec poussées congestives à la face.

M... (Claudine), 19 ans. Toux depuis juillet 1912. Vertiges après les repas. Digestions lentes ; induration des sommets.

IV. — *Vertiges provoqués par les changements d'attitude* (3 cas).

B... (Victor), 31 ans. Début en novembre 1912. Induration du sommet gauche. Vertiges quand le malade, penché en avant, se relève ; sans tendance à la chute.

R... (Louis), 29 ans. Toux depuis janvier 1912. Obscurité des deux sommets avec sibilances, bacilles dans les crachats. Vertiges quand le malade se penche en avant.

B... (Hortense), 42 ans. Toux depuis mars 1910. Induration du sommet droit. Ramollissement du sommet gauche. Vertiges dans les mouvements de flexion ; malade névropathe.

Ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la statistique qui précède, le vertige est un phénomène fréquent chez les tuberculeux, puisque nous l'avons noté 55 fois sur 100 cas pris au hasard.

Le *sexe* semble avoir peu d'influence ; en effet, sur nos 100 malades, nous relevons 47 hommes (dont 24 avec vertiges) et 53 femmes (dont 31 avec vertiges) ; nous sommes donc bien loin ici de la statistique établie par MM. Garel et Collet, qui, chez leurs arthritiques, ont noté 21 hommes sur 23 cas.

Au point de vue de l'*âge*, nous avons obtenu les chiffres suivants :

De 10-20 ans, 2 vertigineux sur 3 tuberculeux.

De 20-30 ans, 8 vertigineux sur 16 tuberculeux.

De 30-40 ans, 19 vertigineux sur 37 tuberculeux.

De 40-50 ans, 17 vertigineux sur 28 tuberculeux.

De 50-60 ans, 6 vertigineux sur 12 tuberculeux.

De 60-70 ans, 3 vertigineux sur 4 tuberculeux.

En somme, 1 malade sur 2 environ a présenté le phénomène vertigineux, sans que l'âge ait eu une grande influence.

La *cause occasionnelle* de ces vertiges est très variable ; ils sont souvent provoqués exclusivement par les quintes de toux (26 fois sur 55 cas) ; nous croyons pouvoir donner à cette toux la dénomination spéciale de « *toux vertigineuse* », assez comparable à la toux émétisante ou nauséeuse, depuis longtemps bien étudiée par Morton. Parfois aussi, le vertige est déterminé par le repas ou par des changements d'attitude (*vertige du lever*), ou par le contact brusque de

l'air froid. Bien souvent (21 fois), plusieurs causes interviennent suivant l'heure de la journée : quintes de toux, digestion, contact de l'air froid, efforts, flexion ou extension du tronc, etc.

L'allure clinique est très comparable à celle de l'ictus laryngé de MM. Garel et Collet : début brusque, sensation vertigineuse et éblouissement, avec menace de chute ; parfois le malade est obligé de s'asseoir ou de s'appuyer aux objets environnants ; dans quelques cas, la chute n'est pas évitée. Souvent, cependant, il n'existe qu'un simple éblouissement passager, sans vertige vrai, à la fin des quintes, phénomènes pour lequel nous proposons la dénomination de « *toux éblouissante* ».

Outre ces *troubles consécutifs*, il faut signaler dans certains cas, des *symptômes prémonitoires* ou *concomitants* : céphalées, lourdeur de tête, « bouffées de chaleur » au visage, rougeur de la face, épistaxis même, etc. Il s'agit, en somme, surtout de phénomènes congestifs, qui, chez certaines femmes, nous ont paru plus intenses au moment des règles, en même temps que les vertiges étaient plus fréquents.

La *fréquence* est d'ailleurs variable, surtout avec la répétition plus ou moins grande des causes occasionnelles (toux), mais aussi suivant la période de la maladie et l'influence du traitement. Elle est moindre chez les malades hospitalisés qu'en ville ou aux consultations du Dispensaire, si bien que les classiques ne parlent pas du vertige parmi les signes de la tuberculose au début ; il faut peut-être, pour expliquer ce fait, tenir compte de la situation des malades hospitalisés (séjour au lit, absence d'air froid, de poussières, d'efforts, traitement opiacé, etc.).

La *durée* du vertige vrai est de quelques minutes, mais parfois (rarement) il peut être suivi d'état vertigineux persistant une demi-heure à une heure avec un certain degré de titubation.

L'évolution n'est pas progressive, il semble au contraire que le phénomène soit plus fréquent peut-être au début de la tuberculose, alors que les centres ne sont pas encore accoutumés à la présence de la tuberculine et qu'il existe une imprégnation générale toxinique. Assez souvent, la fréquence des vertiges diminue ensuite quand les accidents s'améliorent, et surtout lorsque la toux se calme, mais même lorsque, au contraire, les lésions pulmonaires viennent à s'aggraver. En somme, c'est surtout pendant les premières périodes que la toux vertigineuse mérite d'être signalée.

Quel est le *mécanisme* de ces vertiges ? Nous pouvons reprendre ici, en les modifiant un peu, les idées soutenues par MM. Garel et Collet. Il nous paraît que la raison d'être en réside surtout dans une hyperexcitabilité du pneumogastrique et du bulbe sous l'influence des toxines tuberculeuses ; dès lors, toute irritation périphérique, même légère, pourra retentir sur le bulbe, en particulier celle des branches du pneumogastrique au niveau de l'arbre trachéo-bronchique ou de l'estomac. Les troubles circulatoires, cérébraux ou bulbaires, déterminés par les quintes de toux ou simplement par la flexion on l'extension du tronc suffiront à provoquer le vertige. Ils n'expliquent évidemment pas à eux seuls le phénomène, puisque celui-ci diminue parfois alors que les quintes sont plus fréquentes et les troubles circulatoires plus marqués, mais ils représentent une cause occasionnelle importante.

Enfin, on doit tenir compte de l'action prédisposante de l'artério-sclérose, et nous avons observé cette lésion vasculaire chez un certain nombre de nos malades vertigineux.

La pathogénie de ces vertiges peut donc être rapprochée de celle de la toux émétisante ; ce phénomène, décrit par Morton en 1737 fut attribué par Bourdon, Guéneau de Mussy, Varda, Baréty à une compression du pneumo-gastrique ; par Peter et Marfan, à une hyperexcitabilité des terminaisons de ce nerf dans la muqueuse gastrique ; tous ces cliniciens admettaient en somme que la toux émétisante relevait d'un facteur nerveux, l'irritation d'un des rameaux de la dixième paire se répercutant sur les branches voisines et provoquant la quinte et le vomissement. La plupart des classiques ont admis l'opinion de ces auteurs, et ceux même qui se rangent à la théorie mécanique de Morton, Paillard, par exemple, ne nient pas le rôle du système nerveux dans la production des vomissements.

Dans la toux vertigineuse, il s'agit probablement aussi d'une irritation du pneumo-gastrique trachéo-bronchique, se répercutant sur les centres de l'équilibration ; on conçoit la fréquence chez les tuberculeux des conditions périphériques capables d'éveiller cette susceptibilité centrale. Comme l'ont montré MM. Collet et Garel, le vertige s'observe surtout au cours des toux coqueluchoïdes, dans l'adénopathie trachéo-bronchique par exemple, ce qui se comprend bien étant donné l'hyperexcitabilité du pneumogastrique que provoque la compression ganglionnaire.

L'importance diagnostique de la toux éblouissante ou vertigineuse nous paraît assez grande ; ce n'est pas un phénomène banal observé dans toutes les toux quinteuses ou persistantes ; à notre avis, elle doit éveiller dans l'esprit du clinicien l'idée de la nature tuberculeuse possible d'une bronchite ou d'une adénopathie trachéobronchique.

Ce vertige, lorsqu'il gêne le travail ou les occupations des malades, peut nécessiter un *traitement* spécial ; en général, les médicaments nervins et les calmants de la toux : opiacés, aconit, belladone, donnent de bons résultats.

Conclusions.

1° Les tuberculeux pulmonaires adultes observés par nous à la consultation du Dispensaire antituberculeux présentent, au moins une fois sur deux, des phénomènes vertigineux comparables au « vertige laryngé » de MM. Garel et Collet ;

2° Ce phénomène nous a paru également fréquent chez les sujets de tout âge, surtout au début de l'évolution de la tuberculose pulmonaire, diminuant de fréquence ensuite ;

3° Il est provoqué surtout par la toux (toux éblouissante ou vertigineuse), mais aussi par d'autres causes : digestion, contact de l'air froid, changements d'attitude, etc. ;

4° Il paraît dû à une hyperexcitabilité du pneumo-gastrique et de ses centres, devenus très sensibles à la moindre irritation (1).

REVUE CLINIQUE

Un cas de Péricardite purulente à bacille de Cohen chez un enfant de 6 mois

Par le Docteur Raoul DUTHOIT

Assistant du service du Docteur Brunard à l'Hospice des Enfants Assistés de Bruxelles

Le 31 août dernier, on nous présente, à la consultation du Dr Brunard, à l'hospice des Enfants Assistés, un jeune enfant âgé de 6 mois et dont l'affection a débuté brusquement en pleine santé, quatre jours auparavant, par de la fièvre intense, quelques convulsions et une dyspnée extrêmement violente.

Les parents de l'enfant sont jeunes et en bonne santé. Six autres enfants sont morts de convulsions, de méningite et d'albuminurie. Un autre enfant, âgé de 5 ans, est en bonne santé.

A l'examen fait le 31 août, nous trouvons un enfant de bonne constitution, vigoureux, très pâle ; les extrémités sont légèrement cyanosées, ainsi que les muqueuses. La dyspnée est intense. Les bruits du cœur sont légèrement assourdis partout. La percussion et l'auscultation des poumons renseignent de la matité au sommet gauche, très nette en avant, moins marquée en arrière. A cette même place, la respiration est soufflante.

La température est de 39°3. Ces signes cliniques, joints aux antécédents, nous font poser le diagnostic de pneumonie franche du sommet gauche, confirmé d'ailleurs par notre excellent chef de service, le Dr Brunard. L'enfant est admis dans les salles. La température se maintient autour de 39°. La matité et le souffle s'étendent dès le lendemain à tout le poumon gauche, pour gagner le jour suivant le poumon droit. Au cinquième jour après son entrée, malgré une thérapeutique énergique, l'enfant meurt brusquement, après avoir présenté quelques phénomènes d'éclampsie.

L'autopsie pratiquée le lendemain du décès fut pour nous une surprise. Voici le protocole que le Dr Pierart a bien voulu nous remettre :

Péricarde : Renferme une quantité abondante (100 centimètres cubes environ) de pus verdâtre, épais, entourant complètement le cœur. Celui-ci baigne dans ce liquide purulent et se trouve tapissé par une couenne fibrino-purulente laissant au-dessous une surface pareille à une plaie fraîche et bourgeonnante. La cavité pleurale droite renferme un exsudat fibrino-purulent qui la tapisse entièrement et a formé des adhérences lâches entre le poumon et le diaphragme. La plèvre interlobaire est libre au niveau du lobe inférieur, soudée au niveau du lobe supérieur.

Poumon droit : Lobe inférieur devenu purulent ; lésions de broncho-pneumonie. Au lobe supérieur, œdème intense ; la pression du doigt déchire assez facilement le parenchyme.

La cavité pleurale gauche est remplie du même pus épais, verdâtre, plus abondant qu'à droite. La plèvre interlobaire est libre.

Le poumon gauche présente les mêmes lésions que du côté droit.

La rate n'est pas augmentée de volume, la pulpe est dure et les corpuscules de Malpighi sont saillants.

Les reins sont en état de dégénérescence graisseuse aiguë, de même que le foie, qui est légèrement hypertrophié.

En résumé, nous avions comme lésions anatomo-pathologiques :

Péricardite purulente ;

Pleurésie purulente double ;

Broncho-pneumonie double.

Le tout accompagné de dégénérescence graisseuse suraiguë du cœur et du foie.

Quelle pouvait être l'origine de cette infection rapide atteignant surtout les séreuses ? Nous songions tout d'abord au pneumocoque ; un échantillon de pus prélevé dans le péricarde et soumis à l'examen de M. le professeur Bordet montra une culture presque à l'état de pureté d'un petit bacille grêle, ressemblant au bacille de Pfeiffer et que notre excellent ami, le Dr Cohen a isolé en 1909 comme agent causal d'une méningite cérébro-spinale de forme spéciale.

L'étiologie des méningites cérébro-spinales est variée ; une première entité a été isolée par Weichselbaum : c'est la méningite cérébrospinale épidémique due au méningocoque décrit par cet auteur ; à côté de celle-là existent d'autres méningites cérébro-spinales secondaires à une infection de l'organisme et dont l'agent pathogène est tantôt le pneumocoque, tantôt le staphylocoque, tantôt le streptocoque.

Enfin, depuis que Pfeiffer, il y a vingt ans, décrivit son coccobacille causal de l'influenza, on admit l'existence d'une forme de méningite cérébro-spinale grippale, secondaire à l'infection générale produite par le bacille de Pfeiffer.

En réalité, dans ces formes, il ne s'agit pas

(1) Soc. médic. des hôp. de Lyon.

du bacille de Pfeiffer, mais bien d'un bâtonnet grêle, isolé et étudié par Cohen et qui ressemble au point de vue de la morphologie et de la culture au bacille de Pfeiffer, mais en diffère sensiblement par des propriétés pathogènes pour les animaux, notamment pour le lapin et pour le cobaye, et par les symptômes cliniques particuliers que son développement détermine dans l'organisme, ainsi que par les réactions biologiques.

En effet, pour Pfeiffer lui-même, le bacille de l'influenza ne se rencontre jamais dans le sang, donc ne provoque jamais de septicémie; au contraire, le bacille isolé par Cohen, lorsqu'il est injecté au lapin ou au cobaye, provoque une septicémie généralisée suraiguë et rapidement mortelle.

A l'autopsie, on voit l'infection porter principalement sur toutes les séreuses péricardique, méningée, pleurétique et péritonéale et les exsudats qui recouvrent ces séreuses ainsi que le sang lui-même fournissent le microbe à l'état de pureté. Chez l'animal, les résultats de vaccination et de sérothérapie ont été nettement favorables, démontrant l'existence de l'entité morbide ainsi isolée qui a permis à Cohen d'écrire comme conclusion de son travail :

« Il existe une forme de méningite cérébro-spinale pour laquelle nous proposons le nom de méningite cérébro-spinale septicémique due à un bacille rencontré antérieurement par de nombreux observateurs, mais que ceux-ci avaient toujours confondu avec le bacille de Pfeiffer.

« Nous nous croyons autorisé à considérer ce microbe comme représentant autonome d'une espèce.

« Cette forme de méningite mérite le qualificatif de septicémique, parce qu'elle s'accompagne d'une infection généralisée; le microbe se rencontre dans le sang et produit, d'autre part, fréquemment, en dehors des lésions méningées, des épanchements purulents dans les diverses cavités séreuses, déterminant ainsi une symptomatologie propre à cette affection.

« Les données fournies par la clinique concordant entièrement avec nos résultats expérimentaux démontrent la pathogénie de l'affection : c'est par l'appareil respiratoire que le germe envahit l'organisme. »

Dans le cas qui nous occupe, nous avons comme seuls renseignements concernant la méningite l'apparition de convulsions au début et à la fin de la maladie. L'examen des méninges n'a pu être fait pour des raisons indépendantes de notre volonté, ce que nous avons vivement regretté. Néanmoins, nous avons la conviction que nous y aurions trouvé les lésions caractéristiques et que le microbe y existait également à l'état de pureté comme dans les cavités péricardiques et pleurales.

Cohen, dans son travail, a pu réunir une quarantaine d'observations de méningites cérébro-spinales dénommées grippales par leurs observateurs et dont le microbe causal était, à n'en pas douter, celui isolé par lui. Or, toutes ces observations ont une allure clinique très particulière et la localisation dans les séreuses est partout caractéristique.

Depuis la publication du travail de Cohen, différents auteurs ont retrouvé en Angleterre, en Belgique et en Amérique le même microbe dans des cas de méningite cérébro-spinale.

Praseck et Latelli (1) ont isolé le même bacille et ont reproduit sur les animaux de laboratoire les expériences démontrant le pouvoir pathogène considérable de ce bacille le distinguant du bacille de Pfeiffer. Ces auteurs considèrent également que la porte d'entrée du germe infectieux est constituée par les voies aériennes supérieures : dans un cas de méningite cérébro-spinale septicémique, ils ont pu isoler le bacille dans le muco-pus s'écoulant des narines.

(1) *Wiener klin. Wochenschr.*, 1911, n° 26.

Déjà lors de ses premières recherches Cohen avait essayé de différencier son microbe du bacille de Pfeiffer par la méthode du séro-diagnostic, mais sans résultat.

Cette étude a été reprise par le même et Fitzgerald (1). Grâce à un nouveau milieu de culture (gélose au sang cuit) sur lequel ce bacille pousse avec vigueur, ils ont pu étudier plus facilement les réactions biologiques, ils ont pu constater ainsi que le sérum d'un animal vaccine contre le bacille de la méningite cérébro-spinale septicémique, agglutine ce microbe à 1/50 et au 1/100 alors qu'il est sans aucun effet sur le bacille de Pfeiffer; réciproquement le sérum d'un animal vacciné contre le bacille de Pfeiffer n'a aucune action sur le bacille de la méningite cérébro-spinale septicémique.

Enfin, toutes ces recherches ont été prises d'une façon très complète par Oddira (2), un élève de Pfeiffer. Cet auteur a étudié comparativement plusieurs bacilles hémophiles, notamment le bacille de Pfeiffer, le bacille de Bordet-Gengou, le bacille de Friedberger, le bacille de Cohen.

Les expériences fort longues entreprises par lui confirment qu'il est possible d'établir par la voie du séro-diagnostic (agglutination, réaction de fixation de Bordet-Gengou) une différence très nette entre le bacille de Pfeiffer et celui de la méningite cérébro-spinale septicémique assurant à ce dernier germe une place autonome dans la classification microbienne.

REVUE DE PATHOLOGIE

Les secousses nystagmiques dans le syndrome de Basedow

Par M. le Docteur Paul SAINTON

Parmi les symptômes oculaires du syndrome de Basedow, il n'est fait mention ni dans les traités classiques, ni dans les monographies les plus complètes, d'un symptôme cependant assez communément observé, les *secousses nystagmiques*.

La première observation où il en soit question se trouve dans la thèse de Moutet (3) (1889); elle est due à M. Vaquez, alors interne de M. le professeur Potain, qui constate que, chez une femme de vingt-sept ans atteinte de rétrécissement mitral et de syndrome basedowien, « les yeux sont soumis à un nystagmus transversal dont la rapidité et la petitesse des oscillations sont absolument comparables au tremblement des membres ».

Ce même phénomène est signalé par moi dans un cas de goitre exophtalmique chez un homme de trente et un ans, traité par le sérum d'animaux éthyroïdés. « Les goitres oculaires étaient animés de secousses nystagmiformes (4) ». Enfin, Léopold Lévi et Henri de Rothschild (5), dans leur travail sur le syndrome oculaire de l'instabilité thyroïdienne, rangent le nystagmus, ou mieux, les secousses nystagmiques, parmi les signes faisant partie de leur syndrome.

« Il est fréquent, disent-ils, de trouver chez les hyperthyroïdiens un nystagmus atténué à oscillations plus ou moins rapides, le plus souvent horizontales, rarement verticales, parfois même chez un même sujet horizontales, verticales et même obliques; nous ne l'avons jamais observé rotatoire. Le nystagmus est soit continu, soit plus fréquemment intermittent, il apparaît dans le repos à la suite de mouvements.

(1) *Centralblatt f. bacter. Origin.*, Bd 56, 1910.

(2) *Centralblatt f. Bacter. Origin.* Bd. 61, 1911, Heft 4/5.

(3) Moutet. *Thèse* de Paris, 1889, Obs. XXV.

(4) Sainton et Pisante. Trois cas de goitre exophtalmique traités par le sérum de moutons éthyroïdés. *Revue neurologique*, 30 novembre 1904.

(5) Léopold Lévi et Henri Rotschild. *C. R. de la Soc. de Biologie*, séance du 22 mai 1909, p. 845.

« Il se rattache à l'hyperthyroïdie, car : 1° Il n'est pas rare dans la maladie de Basedow et même dans certains cas, comme celui de Moutet, il peut disparaître avec l'amélioration de la maladie de Basedow pour reparaître à propos d'une rechute;

« 2° Il est susceptible de se produire ou de s'accentuer parmi d'autres phénomènes d'intolérance thyroïdienne;

« 3° Il peut s'atténuer ou disparaître par le traitement thyroïdien à petites doses;

« 4° Le nystagmus tremblement oculaire s'associe fréquemment au tremblement basedowien. »

Il ressort de cet exposé qu'aucune recherche systématique n'a été faite sur le nystagmus dans le syndrome de Basedow, que l'on n'a jamais précisé sa fréquence, ses modalités et ses relations avec les autres signes oculaires. Nous nous sommes demandé s'il était légitime d'employer pour le phénomène que nous avons observé le mot de nystagmus; d'après la définition qui en est donnée par M. le professeur agrégé Copez dans son rapport, ce mot est exactement synonyme de tremblement oculaire quelle qu'en soit l'origine, et si nous nous servons du terme « secousses nystagmiques », c'est qu'il nous paraît propre à indiquer le peu d'intensité du phénomène.

Nos recherches ont porté sur 46 cas de goitre exophtalmique qui comportaient le syndrome dans son intégrité; sur vingt-deux sujets, soit dans près de la moitié des cas, il existait des secousses nystagmiques.

Sous quel aspect se présentaient-elles? Dans *deux cas seulement, le nystagmus était spontané*, et s'était montré avec l'apparition de la maladie. Dans les *vingt autres, il n'apparaissait que si on le recherchait dans une position latérale extrême*. C'est un nystagmus latéral qui consiste en une série d'oscillations rapides et de petites amplitudes qui cessent aussitôt que le regard prend sa direction normale. Cependant, dans un seul cas, le nystagmus transversal était net lorsque le malade regardait droit devant lui et non dans la position latérale.

Dans un autre cas, les secousses étaient tellement brusques, qu'elles reproduisaient le type du nystagmus à ressort. Dans un autre, le nystagmus était lent et se produisait avec un rythme en quelque sorte pendulaire.

Dans un seul cas, le nystagmus était franchement vertical et apparaissait au moment où la malade faisait converger les axes de ses globes oculaires.

Il nous a paru intéressant de rechercher si ce symptôme coïncidait avec les autres signes oculaires. Il est permis de conclure de nos observations qu'il n'est nullement en rapport avec l'exophtalmie, qu'il peut coexister aussi bien avec une saillie légère des globes oculaires qu'avec l'exophtalmie la plus extrême. Il nous a paru ne présenter aucun rapport net avec les autres signes oculaires, signes de de Græfe, de Mœbius ou de Stellwag. Mais, comme l'avait remarqué Vaquez dans son cas, chez les malades que nous avons suivis, il a diminué ou disparu avec l'amélioration des symptômes et particulièrement du tremblement.

Quelle est la pathogénie de ce phénomène? Doit-il être considéré comme le résultat d'une parésie musculaire analogue à celle que l'on constate sur d'autres muscles de l'œil dans le goitre exophtalmique; le nystagmus peut, en effet, être d'origine parétique, il peut représenter, dit Coppez, pour les muscles de l'œil, le tremblement parétique des autres muscles de l'économie. Ce mécanisme ne nous paraît pas devoir être admis en raison de son indépendance vis-à-vis des autres signes oculaires.

Il est plus vraisemblable qu'il s'agit d'un phénomène d'hyperthyroïdisme; le poison thyroïdien aurait-il une action excitatrice sur la zone nystagmogène bulbo-protubérantielle? Cette hy-

pothèse est d'autant plus vraisemblable que les secousses nystagmiques subissent des variations parallèles à l'évolution de la maladie : elles nous paraissent tout à fait comparables au tremblement.

Ce symptôme, par son importance et sa fréquence, mérite de prendre place parmi les signes oculaires du Basedow, à côté du signe de de Græfe : il nous paraît même plus fréquent et sa recherche en clinique est des plus faciles. (1).

(1) Soc. méd. des hôp.

REVUE DE CHIRURGIE

Traitement des plaies du crâne par petits projectiles (Pratique civile)

Par M. le Docteur DEMOULIN
Chirurgien des Hôpitaux

1° Les plaies du crâne par coups de feu, observées dans la pratique civile, sont, dans l'immense majorité des cas, dues à des balles de revolver et résultent surtout de tentatives de suicide.

Les revolvers le plus fréquemment usités, à l'heure actuelle, dans le milieu parisien, sont de deux types : les uns lancent des balles de plomb, molles, déformables, d'une faible pénétration ; les autres tirent des balles blindées dont la force de pénétration est, au contraire, considérable.

(a) Les plaies pénétrantes du crâne par balles de plomb s'accompagnent, comme l'ont montré les expériences (1894) du professeur Delorme, et comme l'ont confirmé celles que j'ai faites avec M. Lepelletier, d'esquilles à l'orifice d'entrée, esquilles qui se disséminent dans la substance nerveuse y produisant de graves lésions ; la balle ricoche fréquemment (expériences de Delbet et Dagron, 1891) sur la face interne des os du crâne, déterminant de nouveaux dégâts sur le trajet récurrent ; elle ne ressort qu'exceptionnellement de la boîte cranienne ;

b) Avec les revolvers à balle blindée (genre Browning), le trou d'entrée est petit, régulier, comme creusé par une vrille, sans esquilles ; la balle traverse le tissu nerveux presque sans y laisser de traces ; elle ressort fréquemment du crâne après l'avoir perforé de part en part, produisant à l'orifice de sortie une fracture esquilleuse, mais dont les fragments font saillie à la face externe du crâne (cône de soulèvement).

Il est très important d'être renseigné sur le genre de l'arme employée, puisque les esquilles sont, dans certains cas, la cause unique des accidents observés.

2° La radiographie ne permet pas, dans l'immense majorité des cas, de reconnaître la présence des esquilles intra-cérébrales ; il faut qu'elles soient très épaisses pour laisser leur ombre sur le cliché.

3° La radiographie faite avec une ampoule placée à une très longue distance du crâne (2 mètres, téléradiographie), rend négligeables les causes d'erreur qui, lorsqu'on détermine la situation d'un projectile intra-crânien à l'aide de deux radiographies prises dans deux plans différents, résultent de ce que les points distaux, pris comme repères sur le crâne, sont, en raison de la divergence des rayons dans la radiographie à courte distance, plus éloignés qu'ils ne le sont en réalité du projectile par lequel passe le rayon normal. La téléradiographie supprime les calculs nécessaires à la correction des erreurs dues à la divergence des rayons dans la radiographie faite à courte distance.

4° En présence d'un sujet qui vient de recevoir une balle dans le crâne et quel que soit son état général, il faut s'abstenir de toute recherche destinée à s'assurer de la pénétration du projectile dans le crâne, et avant la radiographie, même si elle est immédiatement possible, désinfecter la plaie crânienne à la teinture d'iode et la panser proprement.

Si le chirurgien se trouve dans des conditions telles qu'il puisse intervenir avec une asepsie ou une antisepsie rigoureuse, *il devra pratiquer immédiatement la trépanation préventive*, c'est-à-dire suivre les lésions pas à pas et, s'il constate que la substance nerveuse est intéressée, déterger le foyer contus avec précaution. L'opération ainsi conduite permet d'enlever les esquilles pariétales et, dans un assez grand nombre de cas, d'extraire la balle. Mais, si le projectile n'a pas été découvert, il ne faut pas le rechercher systématiquement ; on ne doit pas dépasser les limites de la zone nerveuse contusionnée et dilacérée ;

5° Malgré la trépanation préventive, les accidents infectieux précoces (premier septenaire) sont encore fréquents, parce que cette opération ne peut agir efficacement sur le trajet intra-cérébral, qui, s'il est infecté, suppurera fatalement.

6° Les signes de l'infection des centres nerveux ne permettent pas, dans bon nombre de cas, de faire le diagnostic exact de la lésion, méningo encéphalite diffuse ou localisée. Cependant, la première se montre en général vers le troisième jour, tandis que, lorsque les lésions sont circonscrites, les signes de l'infection sont en général un peu moins précoces (fin du premier septennaire).

7° Si la trépanation préventive n'a pas été faite et en cas d'infection, et dès qu'elle apparaît, c'est au niveau même de la lésion crânienne qu'il faut intervenir par une large trépanation qui permettra souvent d'enlever les caillots sanguins infectés, de déterger un foyer de désorganisation cérébrale en voie de suppuration ; on drainera largement. Les succès ne sont pas rares dans ces cas (Berger, Lucas-Championnière) ; mais, ici encore, il ne faut pas rechercher systématiquement le projectile ; d'assez nombreux cas de guérison se sont montrés sans qu'il ait été extrait (Lucas Championnière).

8° Si, dans les jours qui suivent la trépanation préventive, la ponction lombaire montre l'infection du liquide céphalo-rachidien, on devra pratiquer tout d'abord des évacuations journalières répétées de ce liquide (elles ont donné quelques résultats dans les méningo-encéphalites consécutives aux coups de feu de l'oreille) et si les symptômes ne s'amendent pas, si le blessé résiste, si, bien entendu, l'installation du chirurgien le lui permet, il devra rouvrir le crâne pour drainer largement l'espace sous-arachnoïdien, car la gravité de la situation du blessé autorise les interventions les plus hardies.

9° Les abcès cérébraux profonds peuvent, dans quelques cas, se montrer à une date assez rapprochée du traumatisme (quinze jours, trois semaines), mais ce n'est pas la règle ; ils apparaissent, en général, beaucoup plus tard, après des mois et même des années ; mais on doit se rappeler qu'assez fréquemment ils ne sont pas en rapport avec le siège du projectile, qu'il faut alors se baser, pour leur recherche, sur les signes de localisation souvent trompeurs, et qu'en l'absence de ces signes, quand existe seulement le syndrome de l'hypertension intra-crânienne, il est indiqué de trépaner sur la cicatrice de l'orifice de pénétration, surtout si à son niveau ou dans son voisinage siège une douleur fixe qui irradie parfois à la moitié correspondante du crâne.

10° Lorsque le blessé s'est relevé du choc primitif, quand il a échappé aux accidents infectieux précoces et que la balle n'a pas été extraite lors de la trépanation préventive, ou bien cette balle est parfaitement tolérée, ou bien elle donne lieu à des accidents.

(a) En cas de tolérance parfaite du projectile faut-il intervenir, sous prétexte que la moitié environ (d'aucuns disent le tiers) de ceux qui conservent une balle dans les centres nerveux présentent des accidents tardifs ?

L'intervention est logique, à condition que la balle ne soit pas trop profondément située, et elle semble tenter quelques jeunes chirurgiens ; je dois dire cependant que je ne connais pas d'observation montrant que l'extraction secondaire ait été pratiquée sans qu'il y eût quelques symptômes cérébraux.

Les accidents tardifs sont, dans un grand nombre de cas, dus à des abcès profonds, latents, qui s'ouvrent dans les ventricules ou l'espace sous-arachnoïdien, et je crois devoir rappeler ce que j'ai dit il y a un moment, à savoir que ces abcès sont loin d'être toujours en rapport avec le siège du projectile, et que, s'il avait été extrait préventivement, l'abcès n'en aurait pas moins évolué.

La question de l'extraction secondaire systématique des balles de revolver situées dans l'encéphale, quand elles sont bien tolérées, est posée. Je n'ai pas les éléments nécessaires pour la résoudre.

b) Le projectile intra-crânien détermine des accidents. Quelle que soit leur nature, l'opération est formellement indiquée s'il s'agit d'un projectile accessible, sans qu'on risque de produire des désordres étendus, et lorsqu'un examen, fait par un neuropathologiste, aura montré que les symptômes observés sont bien en rapport avec le siège de la balle et qu'ils ont chance de disparaître par son extraction.

La multiplicité des fragments du projectile, qui ne paraissent pas pouvoir être enlevés par un seul orifice de trépanation, est une contre-indication à l'opération, malgré la gravité des symptômes.

11° Le chirurgien, qui tout bien pesé, se sera décidé à intervenir, devra se rappeler que, malgré la localisation exacte de la balle ou de ses fragments par la radiographie, il ne peut pas toujours les extraire et que, même s'il y a réussi, les lésions cicatricielles que la balle a créées sur son trajet, la présence des esquilles qu'il n'aura pu reconnaître rendront parfois son intervention inutile et qu'en fait de chirurgie cérébrale on a souvent des déboires tardifs, après les résultats immédiats les plus brillants.

12° Les coups de feu de l'oreille sont relativement fréquents à cause des suicides et toujours graves à cause des organes très importants, sensoriels, vasculaires et nerveux renfermés dans ce massif osseux, dur et compact. Leur thérapeutique dépend de l'importance des lésions et de la situation du projectile. Celui-ci peut suivre l'axe du conduit ou buter plus ou moins obliquement sur l'une quelconque des parois du conduit auditif externe. Pour déterminer son siège exact, on ne peut faire grand cas de son orifice de pénétration ; c'est une bonne exploration clinique qui fournira les indications les plus précises (examen otoscopique, étude des troubles subjectifs, superposition des épreuves radiographiques). Et alors, ou bien la balle n'a pas pénétré dans l'oreille moyenne, ce n'est pas une plaie du crâne, elle ne nous intéresse pas ; ou bien la balle a pénétré et on l'aperçoit dans le conduit auditif externe. Il faut alors tenter l'extraction de la balle, non pas par le conduit car on risque trop déchirures et hémorragies, mais par une incision cutanéo-périostée rétro-auriculaire le long de l'insertion du pavillon. Si la balle est venue heurter la mastoïde et s'y enchâsser on la retire à la curette ou à la gouge ; si elle est dans le rocher et visible, opérer immédiatement pour parer à l'infection toujours possible ; si elle est invisible et que les divers procédés d'exploration mis en œuvre ne nous aient pas donné de résultats précis, tous les chirurgiens sont d'accord sur le principe de l'intervention, la plupart conseillant de ne pas attendre, puisqu'il n'y a pas de lésions aseptiques dans les coups de feu de l'oreille et que les résultats sont meilleurs dans l'intervention

que dans l'attente. L'opération immédiate doit, ici comme partout, viser uniquement la désinfection et le drainage des cavités atteintes. Si elle conduit sur la balle, l'enlever, sinon remettre à plus tard l'extraction après examen complet du malade.

Quatre voies d'extraction : sus-auriculaire (Verneuil-Berger) : elle est rejetée parce qu'elle donne peu de jour ; préauriculaire (Gangolphe et Sirand, 1895) : elle donne encore moins de jour ; rétroauriculaire : adoptée par la majorité des auteurs, en particulier par Sébileau ; temporale ou sous-auriculaire, transquameuse : bonne (Pierre Delbet) quand la balle occupe la position antipétreuse ou qu'elle est rapprochée de la pointe du rocher.

Si la balle est hors du rocher, elle a pénétré dans le cerveau ; il faut immédiatement désinfecter le trajet de la balle et le foyer de fracture sans s'occuper du projectile.

Deux groupes de complications peuvent survenir à la suite de coups de feu de l'oreille : les hémorragies secondaires, le plus souvent par lésion de la carotide intrapétreuse, justiciables non du tamponnement, insuffisant, mais de la ligature de la carotide interne ou primitive, elle-même dangereuse, donnant 55 0/0 de mort (par hémiplégie, lésions oculaires) et les complications infectieuses : otite moyenne quasi obligatoire, labyrinthite, pyo-labyrinthite (évidement pétro-mastoïdien permettant le drainage et, si besoin est, la trépanation du labyrinthe). Contre la leptoméningite purulente diffuse on peut essayer le drainage direct des cavités arachnoïdiennes par une vaste craniectomie.

13° Les plaies pénétrantes du crâne par les balles de revolvers usités dans la pratique civile sont graves ; la moitié des sujets sont trouvés morts dans leur chambre, la moitié de ceux amenés à l'hôpital meurt encore, si bien qu'un quart seulement des blessés survit, et parmi ceux-là beaucoup ont des accidents tardifs.

Hernie étranglée chez un enfant de quatre ans

Par M. le Docteur LA BONNARDIÈRE (des Arcs)

Le jeune B..., âgé de 4 ans, demeurant rue du T..., aux Arcs, atteint de hernie inguinale droite congénitale, avait subi, il y a un an environ, l'opération de la cure radicale en Italie, d'où il est originaire. Cette intervention, pratiquée à la campagne par le médecin de la localité, paraissait devoir donner un résultat définitif satisfaisant lorsque, pendant la nuit du 13 au 14 avril dernier, l'enfant éprouve le besoin de déféquer, expulse seulement quelques gaz, puis se recouche en se plaignant d'une très légère douleur de ventre. Les parents constatent aussitôt que la hernie vient de ressortir tout à coup avec le volume d'un œuf de pigeon. Ils essayent de la faire rentrer, ainsi qu'ils l'avaient fait quotidiennement avant l'opération, et, n'y réussissant pas, ils ont la sagesse de ne pas insister et d'immobiliser l'enfant, sans toutefois se décider à demander un médecin. C'est le lendemain soir seulement, c'est-à-dire vingt heures après l'accident, qu'ils s'effrayent des vomissements de l'enfant, et me font appeler. Je trouve le petit malade tranquille et sans aucune souffrance ; je fais une tentative très courte et très prudente de taxis suivie d'applications renouvelées de compresses éthérées. L'obstruction reste complète, et la hernie irréductiblement étranglée.

Devant l'impossiblité obsolue d'opérer sur place, dans un local de quelques mètres carrés, habité par une famille de six personnes, j'envoie l'enfant, par le premier train du matin, à la clinique du docteur Malartic, de Toulon, qui reconnaît comme moi le danger pressant de cet étranglement et opère le jour même. Suites normales et parfaites d'une kélotomie rendue particulièrement difficile et délicate par la cure radicale insuffisante qui l'avait précédée ; elle a nécessité notamment une incision de plus de huit centimètres. L'opéré est revenu aux Arcs cinq jours après, le 21 avril, et huit jours plus tard il était complètement remis.

L'intérêt de cette observation me paraît résider d'abord dans la rareté de l'étranglement herniaire pendant la première enfance, et ensuite dans ces faits, qu'il s'est produit sans aucun effort violent, et qu'il s'est maintenu pendant près de quarante-huit heures sans affecter notablement l'état général, se manifestant, pendant une demi-journée seulement, par des vomissements faciles et en quelques sorte mécaniques. Elle appelle aussi notre attention sur l'inconvénient de pratiquer trop légèrement la cure radicale de la hernie (1).

(1) Société médicale de la Drôme et de l'Ardèche.

Les Kystes du Col de l'Utérus

Par M. le Docteur DAMBRIN

On peut voir se développer au niveau du col de l'utérus deux ordres de productions kystiques : 1° des *tumeurs kystiques* (sarcomes, adénomes, myomes) ; 2° des *kystes véritables*, kystes *essentiels* qui évoluent pour leur propre compte, en debors de toute autre affection utérine. Je laisserai de côté les néoplasmes kystiques et je m'occuperai uniquement des kystes vrais. Voici tout d'abord mon observation personnelle :

Femme de quarante-cinq ans, multipare, originaire de l'Ariège. Elle vient nous trouver, en septembre 1912, parce qu'elle a constaté l'existence d'une tumeur située dans le vagin et apparaissant à la vulve à l'occasion du moindre effort. Elle n'éprouve pas de phénomènes douloureux. Les règles sont normales. Pas de pertes blanches.

La malade étant placée en position gynécologique, nous écartons les lèvres de la vulve. Nous apercevons alors une tumeur arrondie, lisse, de coloration gris-bleuâtre, de consistance élastique et tendue.

Par le toucher, on constate que cette tumeur est elliptique, du volume d'un œuf de poule et qu'elle s'insère, par un pédicule, sur la lèvre postérieure du col utérin. En effet, la pulpe du doigt sent bien l'orifice utérin en avant de ce pédicule. Ce dernier a le volume du petit doigt et paraît assez dur. On apprécie très bien la rénittence de la tumeur qui est lisse, et présente tous les caractères d'un kyste. Le col utérin est un peu gros mais non déformé et ne présente pas de granulations. Le corps est de volume normal et n'a subi aucune déviation.

L'examen au spéculum permet de compléter les renseignements fournis par le toucher et de vérifier qu'il s'agit bien d'un kyste dont le pédicule est inséré sur la lèvre postérieure du col. La paroi très amincie et presque transparente par places fait penser que le contenu est un liquide clair. Il n'existe pas sur le col de petits œufs de Naboth.

Les annexes sont saines.

La malade est fortement obèse. Elle nous dit avoir eu récemment une crise de rhumatisme articulaire aigu. L'auscultation du cœur montre l'existence d'une insuffisance mitrale typique.

Nous décidons de pratiquer l'extirpation du kyste à l'aide de l'anesthésie locale.

L'opération eut lieu le 7 septembre 1912, à la clinique Boyer.

Avant l'intervention, la malade prit un lavement contenant 1 gramme d'antipyrine et quinze gouttes de laudanum de Sydenham.

Toutes les précautions aseptiques étant prises, après une minutieuse toilette de la vulve et du vagin, je place deux valves vaginales, l'une en avant, l'autre en arrière ; ces valves permettent de bien apercevoir le kyste et son point d'implantation sur la lèvre postérieure du col. Un tampon imbibé de solution de novocaïne est placé à l'orifice externe, de manière à agir par imbibition. On met deux pinces de Museux pour amarrer le col.

Anesthésie du pédicule du kyste par injection de quatre seringues de 2 centimètres cubes chacune de solution de novocaïne à 1 0/0, avec adrénaline, aux quatre points cardinaux de la base du pédicule.

Incision transversale en avant et en arrière de la base du pédicule de façon à tailler deux lambeaux muqueux. Section du pédicule et extirpation du kyste.

Hémorragie peu abondante. Je place trois points de catgut pour fermer la brèche laissée par le pédicule. Injection chaude. Tamponnement du vagin.

Les suites opératoires furent excellentes. La plaie cervicale fut rapidement cicatrisée et la malade put sortir de la maison de santé le 18 septembre.

Examen de la pièce. — Le kyste est du volume d'un œuf de poule. Le contenu est un liquide filant, clair, analogue à du blanc d'œuf cru.

A l'intérieur du kyste, on aperçoit un deuxième kyste plus petit, présentant les mêmes caractères que le grand kyste.

L'examen histologique de la paroi du kyste a été fait par M. le professeur Tapie, à son laboratoire d'anatomie pathologique. Elle était constituée de la manière suivante :

1° A sa partie interne, se trouvait une assise de tissu épithélial cylindrique simple;

2° Immédiatement au-dessous, une couche de tissu conjonctif ;

3° Sa partie externe était formée par trois ou quatre rangées de fibres musculaires lisses.

Il s'agirait, d'après M. le professeur Tapie, d'un kyste ayant une structure identique à celle des œufs de Naboth.

Les kystes *essentiels* du col de l'utérus sont extrêmement rares. Ils ont fait l'objet de la thèse récente de notre élève et ami Brahic (1). Ces kystes sont très mal connus et leur description ne figure pas dans les traités classiques les plus récents. Dans son important travail sur les kystes et les abcès de l'utérus, Mercadé (2) laisse complètement de côté les kystes du col. Avant le mémoire de Brahic, il n'existait aucun travail d'ensemble sur les kystes du col de l'utérus. Il y avait bien la thèse de Montamat (3), inspirée par le professeur Tédenat, mais elle n'envisageait qu'une seule variété de kystes, les kystes gaertnériens.

La *pathogénie* de ces kystes essentiels est très discutée. Deux théories sont en présence : la *théorie embryonnaire* et la *théorie inflammatoire.*

1° La *théorie embryonnaire* comprend elle-même deux hypothèses :

a) Pour les uns, ce sont des *inclusions mullériennes* (Meyer, Baraban et Vautrin) ;

b) Pour les autres, ils proviennent des *canaux de Gaertner*, c'est-à-dire des vestiges des canaux de Wolff (Recklinghausen, Pick, Tédenat *in* thèse Montamat, Schubert).

2° D'après la *théorie inflammatoire*, ces kystes seraient des œufs de Naboth démesurément grossis. C'est l'opinion de M. le professeur Tapie pour notre cas ; c'est également l'avis de M. le professeur Tourneux pour un cas de kyste du col observé par M. Mériel, et analogue au nôtre.

Notre kyste du col serait donc un œuf de Naboth démesurément grossi. Nous nous inclinons

(1) Brahic. Les kystes du col de l'utérus. *Thèse de Doctorat, Toulouse*, 1913.

(2) Mercadé. Kystes et abcès de l'utérus. *Thèse de Paris*, 1906.

(3) Montamat. Kystes gaertnériens du col utérin. *Thèse de Montpellier*, 1902.

devant l'autorité de notre excellent maître M. Tapie, et nous rappelons que notre élève Brahic, dans sa thèse, a défendu cette origine inflammatoire du kyste. Nous avouons cependant que notre conviction n'est pas absolue et voici pourquoi. A propos du kyste observé par M. Mériel, M. Tourneux dit (1) qu'il ne croit pas pouvoir admettre l'origine Wolfienne, car dans ce cas la tumeur eût présenté « en même temps *qu'un épithélium cylindrique simple, une enveloppe musculaire nette* avec une forte proportion de fibres élastiques dans la sous-muqueuse ».

Or, ces *fibres musculaires*, nous les retrouvons dans notre kyste. Pour expliquer la présence des fibres musculaires lisses dans la partie externe de la paroi de notre kyste, on peut nous répondre que ces fibres musculaires appartiennent au tissu du col utérin et ont été entraînées par le kyste. C'est possible, mais nous ferons remarquer qu'on ne retrouve pas de fibres musculaires dans la paroi des véritables petits œufs de Naboth et que cette paroi se trouve uniquement constituée par : 1° une couche de cellules cubiques ou cylindriques ; 2° une couche de tissu conjonctif.

En somme, la présence des fibres musculaires dans la paroi du kyste que nous avons observé, constitue une particularité digne d'être notée, et nous invite à faire quelques réserves au sujet de l'origine exacte de ce kyste.

La pathogénie des kystes essentiels du col utérin reste donc encore discutée. La solution du problème ne sera obtenue qu'à l'aide de documents anatomo-pathologiques plus nombreux.

Au point de vue *étiologique*, tout ce qu'il est permis de dire c'est que les kystes vrais du col constituent une affection extrêmement rare, et qu'ils apparaissent chez des femmes ayant eu des enfants et approchant de la ménopause. Aucun cas n'a été signalé chez des vierges ou des jeunes femmes.

Ces kystes se présentent sous la forme de *tumeurs pédiculées* de *volume* variable ; nous rappelons que dans le fait que nous avons observé, les dimensions étaient celles d'un œuf de poule.

Ils peuvent s'implanter en tous les points de la cavité cervicale ou du museau de tanche, mais leur siège de prédilection est la lèvre postérieure du col.

Tantôt ils sont *uniques*, tantôt en chapelet ou en grappe ; dans notre cas, le gros kyste contenait un kyste plus petit. Leur surface extérieure est lisse, gris-bleuâtre, transparente par places. Le *contenu* est ordinairement clair, limpide et filant, parfois il est épais et visqueux. Leur *structure* est celle que j'ai indiquée tout à l'heure. Je rappelle simplement que dans notre cas la paroi était constituée de la manière suivante, en allant de dedans en dehors : 1° une assise épithéliale de cellules cylindriques non ciliées ; 2° une couche de tissu conjonctif ; 3° trois ou quatre rangées de fibres musculaires lisses.

Les *symptômes* de ces kystes essentiels du col utérin sont peu importants. Le début est insidieux et passe inaperçu. Lorsque la tumeur a acquis un certain volume, on note quelquefois des écoulements sanguinolents ou hydrorrhéiques ; mais le plus souvent, il n'y a pas de pertes. La présence du kyste dans le vagin détermine parfois de la gêne et une sensation de pesanteur. Enfin, la tumeur peut apparaître à la vulve quand la malade pousse, comme dans notre cas. D'ordinaire, l'évolution de ces kystes est silencieuse, et leur existence n'est découverte que par hasard. Le toucher vaginal fait constater la tumeur, rénitente et pédiculée, dont le point d'implantation se trouve habituellement sur la lèvre postérieure du col.

Le *diagnostic* est d'ordinaire extrêmement facile si l'on prend la peine de faire un examen précis. Seul le prolapsus de la muqueuse vaginale (cystocèle ou rectocèle) pourrait permettre quelques hésitations, lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur qui apparaît entre les lèvres de la vulve. Mais ces hésitations ne sauraient durer longtemps, le toucher et l'examen au spéculum lèveront vite tous les doutes, dans les cas de kystes, en faisant constater qu'il existe un *pédicule* s'insérant *sur le col*.

Le *pronostic* est essentiellement bénin, s'il s'agit d'un kyste vrai et le *traitement* consiste dans l'extirpation complète du kyste avec son pédicule et son point d'implantation sur le col. Cette intervention peut très bien être faite à l'aide de l'anesthésie locale, avec une solution de novocaïne à 1 0/0. Dans ce cas, l'anesthésie comprend deux temps.

1° Application d'un tampon de coton hydrophile imbibé de solution anesthésique autour de la base du pédicule de manière à obtenir l'anesthésie de la muqueuse par imbibition ;

2° Injection dans l'épaisseur du pédicule et à sa base de plusieurs seringues de 2 centimètres cubes de solution de novocaïne-adrénaline.

Il est nécessaire d'attendre au moins huit minutes avant de prendre le bistouri.

Pour pratiquer l'extirpation du kyste, il ne faut pas se contenter de couper au ras du col. Il faut tailler en avant et en arrière de la base du pédicule deux lambeaux muqueux qui seront relevés et permettront de sectionner le point d'implantation du pédicule. Ces lambeaux de muqueuse seront ensuite suturés au catgut à l'aide de deux ou trois points séparés. Les *résultats opératoires* sont parfaits. La mortalité est nulle et jamais on n'a signalé de récidives à la suite des extirpations de kystes essentiels du col utérin (1).

(1) *In* thèse Brahic, p. 59.

(1) Soc. de chir. de Toulouse.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

La bile de bœuf comme moyen de traitement de la dyspepsie acide et de l'ulcère gastrique ou duodénal

La bile de bœuf, autrefois utilisée en thérapeutique à titre d'amer, de stomachique et de vermifuge, aujourd'hui complètement tombée dans l'oubli, se trouve à nouveau réhabilitée de par les travaux de M. Palfrey, médecin adjoint du « Boston City Hospital », qui la juge utile dans les cas de dyspepsie dite acide, et dont la plupart semblent subordonnées à une gastrite ou duodénite ulcérées.

Le tableau symptomatique de ces dyspepsies se précise ainsi : à jeun, les malades ne ressentent rien d'anormal ; ils se mettent à table avec plaisir, mais aussi avec une certaine appréhension et, de fait, si la digestion n'est pas troublée dès le début, il se produit, par contre, peu de temps après la fin du repas, des douleurs qui vont en augmentant graduellement d'intensité et s'accompagnent de pyrosis, de régurgitations et d'éructations gazeuses.

Nombre de patients se rendent parfaitement compte que l'évacuation de l'estomac mettrait fin à l'accès et cherchent à provoquer des vomissements.

En présence de ce fait, il y a lieu de se demander si le tableau symptomatologique en question n'est pas causé par un trouble dans le fonctionnement normal de l'estomac, qui consiste à vider son contenu acide dans le duodénum à travers le pylore.

L'activité du sphincter pylorique, d'après M. Canon, se trouve sous la dépendance de deux facteurs : la première ouverture du pylore se produit sous l'influence de l'apparition de l'acide chlorhydrique libre du côté gastrique, mais d'autre part, la pénétration de cet acide dans le duodénum donne, en quelque sorte, le signal pour la fermeture du pylore et, tant que le contenu duodénal n'a pas été complètement neutralisé, le pylore ne peut s'ouvrir, quelque élevé que soit le degré de l'acidité de l'estomac.

L'ouverture périodique du pylore peut donc être retardée soit par l'insuffisance de l'acidité gastrique, soit par défaut de neutralisation dans le duodénum.

Or, nous savons que, en l'espèce, l'acidité du contenu stomacal est au moins normale et souvent même exagérée, d'où l'on peut conclure que c'est le pouvoir insuffisant de neutralisation duodénale qui est ici en faute.

Cette neutralisation s'effectue par la bile, par le suc pancréatique et par la sécrétion propre de la muqueuse duodénale.

Si l'on ne peut guère modifier quantitativement les deux derniers éléments, la quantité de la bile se laisse, au contraire, facilement augmenter, comme l'ont établi MM. Pfaff et Balch, par l'administration dans la bouche de fiel de bœuf.

Toutes ces considérations ont engagé M. Palfrey à expérimenter l'usage de la bile de bœuf dans plus de 50 cas de dyspepsie hyperchlorhydrique, d'ulcère gastrique ou duodénal où les symptômes dominants, douleurs, pyrosis, survenaient un temps plus ou moins court, après les repas et se laissaient temporairement calmer par le bicarbonate de soude ; chez quelques malades il se produisait des vomissements qui procuraient toujours un soulagement.

Dans 4 cas, on avait noté des hématémèses ; chez 1 malade, l'examen radiographique montra un ulcère étendu de l'estomac et, dans 2 faits, un ulcère fut mis en évidence à l'occasion d'une intervention chirurgicale.

Le fiel de bœuf était administré sous forme de pilules : 0,25 bile desséchée et pulvérisée.

Pendant une semaine, le malade prenait après chacun des trois repas, deux ou trois de ces pilules ; dans la suite, on réduisait leur nombre. En même temps, on avait soin de proscrire certains aliments, et on conseillait au patient d'éviter tout excès de table, de bien mastiquer la nourriture, de manière à faciliter l'action du suc gastrique.

Dans quelques cas où l'appétit laissait à désirer, ou bien lorsqu'on supposait que la sécrétion gastrique n'était pas assez active, on faisait prendre avant les repas, un mélange contenant huit gouttes d'acide chlorhydrique dilué et autant de teinture de noix vomique (dans un peu d'eau). En dehors de ces moyens et de quelques laxatifs en cas de constipation, rien n'était changé dans la vie habituelle des malades. C'est dire que les résultats obtenus doivent être attribués à l'influence exercée par la bile de bœuf.

Chez tous les patients, cette médication a amené une amélioration se manifestant déjà au bout de quelques jours et qui devenait très accentué vers la fin de la première semaine.

Quatre malades, dans les antécédents desquels on avait noté des vomissements de sang, furent rapidement débarrassés de leurs troubles ; dans le cas où l'existence d'un ulcère fut établie par la radiographie, le traitement ne tarda pas à amener la disparition du pyrosis et des douleurs, laissant seulement subsister une certaine sensation de gêne, peut-être d'origine nerveuse.

En ce qui touche les deux faits d'ulcères d'estomac constatés lors d'une intervention chirurgicale, leur histoire peut se résumer comme suit : Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme chez laquelle on avait trouvé un ulcère du pylore au cours d'une opération pour fibrome ; depuis plusieurs années cette malade présentait, tous les jours, des accès douloureux survenant après ingestion d'aliments, les douleurs étaient si intenses que la malade cherchait elle-même à provoquer des vomissements pour être soulagée ;

sous l'influence de la bile de bœuf, on vit se produire une amélioration rapide.

Dans un deuxième cas, une gastro-entérostomie avait été pratiquée, en 1908, pour un ulcère du duodénum ; deux ans après, lors d'une seconde intervention, on trouva un ulcère profond du jejunum, que l'on réséqua.

Le patient était à peine rétabli de cette seconde opération lorsqu'on vit se déclarer une récidive : cette fois, on eut recours à l'usage de la bile de bœuf et, grâce à ce moyen, le malade resta exempt de tout symptôme morbide pendant un an. Au bout de ce laps de temps, il est vrai, le malade accusa de nouveau des douleurs contre lesquelles on prescrivit encore des pilules de fiel de bœuf. Malheureusement cet homme fut perdu de vue.

Sans doute, le nombre des cas dans lesquels les hématémèses ou d'autres données mettaient le diagnostic d'ulcère hors de doute est trop restreint pour que l'on soit autorisé à en tirer des conclusions catégoriques sur la valeur de ce mode de traitement contre l'ulcère de l'estomac ou du duodénum. Or, il est incontestable que les formes modérées de dyspepsie acide, bénéficieront de l'emploi de la bile de bœuf là où les autres médicaments auraient échoué.

REVUE D'HYGIÈNE

Méfaits de l'agglomération dans les villes

Par M. E. CACHEUX

La diminution de la natalité que l'on commence à constater dans tous les grands pays de l'Europe, peut être attribuée en grande partie à l'émigration, dans les villes, des travailleurs de la campagne. Une étude très intéressante de M. Horsfall, parue dans la Revue anglaise des Cités-Jardins, nous apprend que 78 0/0 de la population anglaise vit dans les villes et qu'on commence à se rendre compte du mal causé à la race humaine par l'absence d'air pur, d'une lumière vive et de l'occasion de faire des exercices physiques. Comme en Angleterre il n'y a pas de service militaire obligatoire, on ne fait pas annuellement un examen général des jeunes gens, par suite, on ne peut comparer les adultes vivant à la campagne à ceux qui habitent les villes, comme on le fait en Allemagne.

En 1910, la moyenne des jeunes gens propres au service militaire était de 53 0/0 pour toute l'Allemagne, elle n'était que de 44,8 0/0 pour les villes de plus de 5.000 habitants et elle descendait à 26.6 0/0 à Berlin.

On dit souvent que la misère est cause d'inaptitude des jeunes gens au service militaire, mais on ne peut pas invoquer cette raison pour l'Angleterre, car l'armée et la marine recrutent leurs meilleurs sujets dans les plus pauvres quartiers de l'ouest de l'Irlande, et c'est dans les villes que les ouvriers gagnent les plus forts salaires et se nourrissent le mieux. D'un autre côté, le Dr Finkelnburg, constata que sur 17.248 jeunes gens, la plupart appartenant à des familles aisées de Berlin, 20 0/0 seulement étaient aptes au service militaire.

L'état du logement est une des causes de l'incapacité des jeunes gens pour le service militaire. A Berlin le nombre des habitants, par maison, est de 74 en moyenne; 550.000 personnes vivent dans des logements qui contiennent de 4 à 13 personnes par chambre. Le résultat de cet encombrement sur la santé est que la mortalité de Berlin est de 1 1/2 celle de Londres, où la densité des habitants par maison est de 8.

A la dernière exposition des villes, tenue à Düsseldorf en 1912, le Dr Werner Hegeman, dit dans un rapport très étudié « que l'état des logements à Berlin est tel qu'on ne peut s'étonner que d'une chose, c'est que les conséquences n'en soient pas plus terribles ».

Elles ne le sont pas, parce que beaucoup de ces malheureux ont apporté de leur éducation première une provision de bonnes habitudes, de traditions religieuses, de sentiments décents qui n'ont pas encore été détruits. Mais les enfants élevés dans ces taudis perdent les sentiments de la famille et de tout ce qui concerne la propreté, la décence et les bonnes habitudes. Ils n'ont qu'une place pour dormir et ils deviennent fatalement des victimes du cabaret.

En Angleterre, on a des maisons plus salubres qu'en Allemagne ; mais elles sont moins hygiéniques, par suite du défaut d'éducation des habitants. Les Allemands ont en outre sur les Anglais l'avantage de faire beaucoup de gymnastique et d'être astreints, pendant deux ans, au service militaire. Cette vie active compense un peu les défauts du logement dans les villes, aussi n'y voit-on pas une population enfantine aussi chétive qu'à Salford, Manchester et autres villes manufacturières anglaises.

Le Dr Grotjohn, dans un article du Dictionnaire d'hygiène, publié en 1904, dit que la première impression d'un étranger qui traverse les quartiers ouvriers de Londres, est tellement défavorable qu'il n'a pas envie de les revoir. Dans un rapport publié en 1902, le directeur du Musée de Dresde dit qu'en visitant le Peel Park Museum de Salford il y a vu une espèce de *gens* (animal) qui, heureusement, ne se trouve pas dans les Musées d'Allemagne, car dans les villes de ce pays, il n'existe pas une population aussi dégénérée.

A Manchester, en 1899, sur 11.000 jeunes gens qui voulurent s'engager, 1.000 seulement furent reconnus aptes au service militaire.

M. Horsfall termine en disant qu'il faudra dépenser en Allemagne des sommes énormes pour améliorer les habitations à étages, qui ont une influence si défavorable sur la santé des habitants de ses grandes villes.

Et dire que, lorsqu'on reconnaît avec tant de sincérité les effets de l'agglomération dans les villes, la municipalité parisienne se prépare à dépenser 200 millions pour construire, dans son enceinte, de nouvelles maisons de 7 à 8 étages.

CARNET DU PRATICIEN

Traitement de la gale.

1° Bain chaud alcalin ou sulfureux, dans lequel le malade se frotte avec du savon noir ou du savon de Marseille en insistant sur les régions les plus atteintes. Quand la peau est bien décapée, faire une friction supplémentaire avec un molleton épais imbibé de l'eau du bain pour décbirer et ouvrir les sillons.

Enduire le malade de pommade d'Helmerich, modifiée par Hardy :

Essence de lavande	1	gramme
— de canelle	1	—
— de menthe	1	—
— de girofle	1	—
Gomme adragante	2	—
Carbonate de potasse	15	—
Fleur de soufre	45	—
Glycérine neutre pure	90	—

ou de celle de Besnier :

Soufre précipité	20	grammes
Carbonate de potasse	5	—
Lanoline	50	—
Vaseline	50	—

Douze heures plus tard, prescrire au malade un bain d'amidon de trente à quarante minutes. Après ce bain, pour calmer l'irritation produite par l'application de la pommade soufrée, conseiller une pâte de zinc simple telle que la pâte de Lassar :

Oxyde de zinc	10	grammes
Amidon	10	—
Lanoline	10	—
Vaseline	10	—

ou le glycérolé de bismuth :

Sous-nitrate de bismuth	5	grammes
Glycérolé d'amidon	25	—

Impuissance virile émotive

1° Dissimuler au malade l'importance étiologique du facteur émotion, le persuader que celle-ci n'a rien d'anormal et que son impuissance tient à un léger affaiblissement de l'érection.

2° Dix minutes par jour, galvanisation *rythmée* des organes érectiles, une électrode sur le périnée, l'autre sur les reins.

3° Ensuite injecter à la partie interne des cuisses une solution de 1 à 2 milligrammes d'yohimbine.

4° Continuer ce traitement huit à dix jours pendant lesquels le malade devra s'abstenir de toute tentative. (HARTENBERG).

Traitement des accès éclamptiques

Surveiller attentivement la malade.

Dès qu'un accès se prépare, faire respirer quelques gouttes de chloroforme pour empêcher qu'il ne se déclare.

Si l'accès survient, veiller à ce que la malade ne puisse se faire des blessures à la langue par morsures. Pour cela introduire entre les mâchoires un mouchoir ou une compresse-longuette convenablement plié et s'en servir pour maintenir la langue écartée des arcades dentaires.

Ne laisser à la malade aucune pièce de prothèse dentaire.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZARTE

VARIÉTÉS

Le Contrôle du Lait

Deux épidémies de fièvre typhoïde, dont l'orgine est des plus curieuses, ont sévi, l'été dernier, au Havre et à Grenoble. Ni l'eau, ni les porteurs de bacilles qui sont presque toujours cause des apparitions sondaines de la typhoïde ne purent être incriminés.

L'épidémie du Havre éclata au mois d'avril. Le nombre des cas passa brusquement de la moyenne habituelle de 14 à 29. En mai il y eut 32 cas de typhoïde et 19 en juin. Dès les premières observations, un praticien havrais, le docteur Gibert, chercha l'origine de cette épidémie assez meurtrière. L'eau analysée fut reconnue indemne de bacilles d'Eberth. Il n'y avait pas de porteur de bacilles. Le docteur Gibert remarqua que les malades faisaient partie de la clientèle d'un même laitier.

Le docteur Loir, directeur du bureau d'hygiène du Havre, examina les laits suspects et trouva plus de 650 litres de lait, d'ailleurs spécialement préparé et vendu par un pharmacien, infecté de germes typhiques.

Une enquête fit découvrir que le propriétaire de la laiterie — une des meilleures des environs du Havre — avait été atteint fin mars de fièvre typhoïde.

L'imprudence coupable d'une servante était à l'origine de l'épidémie typhique. Elle faisait la lessive du malade dans les mêmes baquets qui servaient au nettoyage des flacons destinés à recevoir le lait.

Bien mieux, la toile sur laquelle est filtré le lait chaque matin fut plusieurs fois lavée avec la même brosse et dans la même eau qui servait à la lessive de la maison.

On comprend facilement comment les bacilles de la typhoïde furent largement ensemencés dans les flacons de lait. L'épidémie se propagea avec une grande rapidité. Toutes les personnes qui buvaient du lait en furent frappées. Un enfant, très surveillé par ses parents, but par hasard un bol de lait cru. Huit jours après, il présentait les symptômes de la typhoïde.

Le docteur Bordas, professeur suppléant au Collège de France, membre du Conseil supérieur d'hygiène, fut chargé d'une enquête. Voici quels en furent les résultats.

« La conclusion qui se dégage des épidémies du Havre et de Grenoble, qui ont eu pour origine la souillure du lait, c'est la nécessité de réformer sur ce point la loi de 1905 sur les fraudes. Cette loi condamne l'écrémage, le mouillage du lait, l'addition de substances antiseptiques destinées à sa conservation, mais le lait n'est soumis, en dehors de ces réserves, à aucun contrôle. Il peut provenir de vaches tuberculeuses, il peut être adultéré par des souillures graves, les microbes peuvent y pulluler et le corrompre, la loi ne prévoit pas ces multiples causes d'infection qui peuvent rendre éminemment dangereux la plupart des laits.

« On peut affirmer que sur le cheptel français 60 0/0 des vaches sont tuberculeuses. La mortalité infantile si grande en France n'a pas d'autre cause. La Commission extraparlementaire de la dépopulation créée par M. Klotz a envisagé l'urgence d'une réforme de la loi des fraudes en vue de la réglementation de la vente du lait. Un projet de loi présenté par MM. Klotz et Pams prévoyait l'obligation pour les nourrisseurs de *chauffer le lait à 80 degrés*, aussitôt après le ramassage. Les laits crus ne pourraient être mis d'autre part en vente que par des fermiers ou des nourrisseurs soumis à l'inspection incessante de contrôleurs sanitaires, dont le devoir serait de visiter les étables et d'examiner les vaches laitières.

« Dans de nombreux pays étrangers, en Angleterre, au Danemarck, l'industrie du lait est rigoureusement surveillée. Il est grand temps de réaliser en France le contrôle effectif de la production et du commerce du lait. »

ÉCHOS

Les enfants anormaux

Une enquête sur le nombre et la situation des enfants anormaux se poursuit actuellement, sur les ordres du ministre, par les soins du personnel enseignant primaire. Instituteurs et institutrices remplissent des tableaux uniformes, que centralisent les inspecteurs primaires. Voici les indications qui leur ont été données pour ce travail.

La loi du 28 mars 1882 édicte que l'instruction primaire est obligatoire pour les enfants des deux sexes âgés de six ans révolus à treize ans révolus. Mais il est une catégorie d'enfants à qui, jusqu'ici, la loi n'a pas été appliquée : ce sont les enfants qui, soit au point de vue physique, soit au point de vue intellectuel et moral, ne se trouvent pas dans des conditions normales pour recevoir l'enseignement commun.

Ces enfants ne peuvent être suffisamment instruits à l'école publique par les procédés pédagogiques ordinairement employés pour les élèves pourvus de tous leurs sens et doués d'une intelligence moyenne. Les instructions ministérielles en donnent la nomenclature suivante : les *aveugles* privés de la vue soit totalement, soit dans des proportions leur rendant impossibles la lecture et l'écriture des clairvoyants normaux ; les *sourds-muets*, privés de l'ouïe soit totalement, soit dans des proportions ne leur permettant pas d'acquérir, par l'audition, le langage spontané des entendants-parlants normaux ; les *anormaux médicaux*, idiots, crétins, épileptiques, etc., imbéciles moraux atteints de perversion des instincts, et tous les enfants qui ne peuvent être soignés et éduqués collectivement que sous la responsabilité du médecin ; les *arriérés*, en état de débilité mentale ; les *instables*, enfin, affectés d'une incohérence de caractère, d'un manque d'équilibre mental leur rendant insupportable la discipline générale et nécessitant leur éloignement de l'école publique.

Ne doivent pas être considérés comme anormaux les enfants qui sont restés plus ignorants que les autres, parce qu'ils ont été retardés dans leurs études pour des causes indépendantes de leur état mental, comme la non-fréquentation scolaire, les absences réitérées, etc.

L'enquête porte sur toutes les écoles publiques ou privées, primaires ou maternelles.

Les conserves de poisson et les ptomaïnes.

On vient de signaler que dans certaines conserves de poissons l'on rencontre des ptomaïnes.

Des boîtes dont le poids variait entre 125 grammes et 10 kilos ont été examinées. Par kilo toutes renfermaient à l'ouverture 60 centigrammes de ptomaïnes. Ce poids est sensiblement constant pour un même genre de conserves, mais il varie si la boîte renferme des feuilles aromatiques, de la tomate et suivant que les poissons sont préparés avec ou sans la peau, les arêtes on la queue.

Les poissons entiers accusaient 47 centigrammes contre 30 trouvés dans les boîtes de thon, de bomard ou de saumon. Dans ces dernières boîtes, d'autre part, la proportion était plus grande au centre qu'à la périphérie ; on constatait même des écarts d'un poisson à l'antre dans les boîtes de poissons entiers. Ces différences résultent peut-être d'une stérilisation imparfaite et d'une pénétration insuffisante de la chaleur au centre de la boîte.

Deux jours après l'ouverture de la boîte, les ptomaïnes augmentent d'une façon appréciable et l'huile qui baigne les poissons semble plutôt favoriser ce développement.

Au moment de l'ouverture, dans la boîte, on a constaté exceptionnellement la présence de gaz. C'est donc la preuve que les ptomaïnes existaient avant la mise en boîte ; peut-être même se trouvaient-elles dans le poisson frais.

La diminution de la natalité en Alsace-Lorraine.

La diminution du nombre des naissances en Alsace-Lorraine s'accentue d'année en année. Pour les six premiers mois de l'année en cours, la statistique a enregistré 22,703 naissances et 15,879 décès. L'accroissement absolu de la population est donc d'environ 7,000 personnes. Mais le chiffre des naissances est inférieur de 836 à celui de l'époque correspondante en 1912. Il y avait encore 25,6 p. 1,000 de naissances pendant le premier semestre de l'année dernière ; cette année, la proportion n'est plus que 24,8 p. 1000. L'Alsace-Lorraine, quand au nombre des naissances, occupe le dernier rang parmi les principaux Etats de l'Allemagne. Pour tout l'empire, on compte en moyenne 28,6 naissances par 1,000 habitants. C'est dans la Haute-Alsace que la natalité est la plus faible ; la proportion des naissances est tombée à 21,9 p. 1000, alors qu'en Lorraine elle est encore de 28,2 p. 1,000, en légère diminution cependant aussi vis-à-vis de l'année dernière.

L'émigration, en Allemagne

Le nombre des émigrants qui quittaient l'Allemagne pour s'expatrier définitivement était énorme jadis ; il est allé en diminuant d'une façon progressive, au cours de ces trente dernières années, ainsi qu'on s'en rendra compte par la lecture des chiffres qui suivent :

Nombre moyen des émigrants :
171.457, de 1881 à 1885 soit 3,73 par 1.000 habit.
97.027, de 1886 à 1890 — 2,01 —
80.513, de 1891 à 1895 — 1,59 —
25.461, de 1896 à 1900 — 0,47 —
29.308, de 1901 à 1905 — 0,50 —
26.621, de 1906 à 1910 — 0,42 —

Fécondité exceptionnelle de la femme.

M. le Dr A. Carini, directeur de l'Institut Pasteur de Saint-Paul (Brésil), rapporte l'observation d'une Brésilienne, décédée à 77 ans, et qui avait eu 44 grossesses.

Mariée à l'âge de 14 ans, avec un Brésilien de 24 ans, qui mourut à l'âge de 87 ans, elle eut à 15 ans sa première grossesse, la dernière à 47 ans, toutes furent unifétales. Sur ce chiffre, 17 allèrent à terme, et il y eut 27 avortements, qui se présentèrent toutefois à une époque assez avancée pour qu'il fut possible de reconnaître le sexe du fœtus.

La famille de cette femme était du reste féconde, et ses enfants avaient de qui tenir ; c'est ainsi qu'une fille de cette femme, mariée il y a 40 ans, eut 19 grossesses à terme et une de ses filles, décédée à l'âge de 31 ans, avait déjà eu 18 grossesses.

Ce cas de fécondité remarquable ne détient pourtant pas le record ; on trouve, en effet, dans le *Traité de l'art des accouchements*, de Tarnier et Chantreul, trois observations tout à fait remarquables à cet égard.

La première, due à Ménage, se rapporte à « Un petit bourgeois de Paris », qui eut avec sa femme, en sept ans, 21 enfants.

La seconde, due à Gardien, se rapporte à un homme « qui avait fait baptiser 82 enfants qu'il avait eus de deux femmes.

La troisième, enfin, est celle d'un paysan russe qui avait eu avec sa première femme, 69 enfants (en quatre grossesses quadruples, 7, triples, 16 doubles), et avec sa deuxième femme 18 enfants (en 2 grossesses triples et en 6 doubles). Il eut ainsi au total 87 enfants, dont 84 étaient vivants.

Village d'enfants.

Il existe en Angleterre, et spécialement aux environs de Birmingham, à Shenley Fields, des Cottages Homes, sorte de village pour les enfants abandonnés, misérables, dont le vice et le crime feraient fatalement leur proie sans le sauvetage tenté par une philanthropie aussi ardente qu'éclairée. Le village en question, construit depuis treize ans, est composé d'une vingtaine de maisons et abrite 174 enfants. Les enfants sont recueillis par les relieving officers du district de King's Norton. Après un stage d'épuration et de perfectionnement au Probationary Home, les enfants sont admis aux Cottages Homes : 20 par maison sous la direction d'un père et d'une mère nourriciers. Ces enfants se livrent aux sports pour se fortifier et apprennent un métier pour gagner leur vie plus tard.

Les résultats sont appréciés ainsi par M. Georges Benoît-Lévy, qui a étudié cette œuvre si intéressante : « Les résultats sont excellents, car de ces enfants abandonnés, souffreteux et misérables, on a fait des créatures dignes et capables. D'êtres dans la voie du crime et de la débauche, on a fait des citoyens utiles et honnêtes. De misérables proies futures de la tuberculose et de l'alcoolisme, on a fait des hommes sains et robustes. Tous ont un métier, tous ont une famille, et, lorsque leurs travaux leur laissent quelques loisirs, c'est avec une reconnaissance attendrie qu'ils viennent se reposer dans les champs de Shenly au foyer hospitalier du Cottage Home ».

84e Année (Série XIIIe) — No 224 | Le Numéro 25 Centimes | Mercredi 19 Novembre 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40, 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 19 Novembre 1913

ÉCHOS

Nos Amis.

M. le professeur Desgrez, membre de notre comité de direction scientifique, lauréat du prix Montyon (arts insalubres), vient de recevoir de l'Académie des sciences, une médaille Berthelot.

Nos bien vives et très affectueuses félicitations à notre très éminent ami.

M. Emile Loubet reçoit la médaille d'or de l'Assistance publique

M. L.-L. Klotz, ministre de l'Intérieur, s'est rendu ces jours derniers au domicile de M. Emile Loubet, pour remettre à l'ancien président de la République la médaille d'or de l'Assistance publique, qui lui avait été conférée par arrêté de M. Klotz, en date du 26 juillet dernier.

Cette distinction a été décernée à M. Emile Loubet en raison des éminents services qu'il a rendus autrefois comme maire de Montélimar aux œuvres d'assistance publique de cette ville et depuis qu'il a cessé d'exercer la première magistrature du pays aux œuvres de prévoyance et d'assistance sociales comme président du Comité national et du Comité International des congrès d'assistance publique et privée et comme membre du conseil supérieur de l'assistance publique.

L'erreur du pharmacien

Il succombait à Nancy une fillette de neuf ans à qui l'on avait administré un lavement au sublimé.

L'autopsie et l'enquête démontrèrent que la mort de la pauvre petite avait été causée par le lavement; le pharmacien l'avait préparé en mettant 5 grammes de sublimé dans 1 litre d'eau, alors que le docteur soignant la malade n'avait ordonné qu'un lavement contenant 1 gramme de sublimé pour cinq litres d'eau.

A cet effet, le praticien avait ainsi libellé en toutes lettres son ordonnance :

« Sublimé corrosif au 5 millième, un litre ».

Le pharmacien soutenait qu'ainsi rédigée, l'ordonnance devait être comprise de la sorte : « 5 grammes pour 1.000 grammes d'eau ». Il avait préparé suivant ces proportions la solution qui causa la mort de l'enfant.

Le parquet l'ayant poursuivi, pour imprudence, le tribunal correctionnel de Nancy vient de le condamner à 300 francs d'amende et à 6.000 francs de dommages-intérêts envers les parents de la petite victime.

Service médical de la Chambre des députés

Par décision du Conseil de questure, le docteur Husson, médecin suppléant du personnel de la Chambre des députés, passe médecin titulaire en remplacement de M. le docteur Bélières, décédé, et M. le docteur Peter est nommé médecin suppléant en remplacement de M. le docteur Husson.

La lutte contre le brouillard à Lyon

Dans une des dernières séances du Conseil municipal, M. Herriot, maire de Lyon, a proposé le vote d'un crédit de 1.500 francs pour permettre l'essai du filage de l'huile sur la Saône proposé par M. Onofrio, directeur de l'Observatoire de Fourvière, comme moyen de combattre les émissions de vapeur cause initiale du brouillard. Si ce premier essai réussit, de nouveaux crédits pourront être votés.

Enquête de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

La Statistique Sociale

Suite (1)

CONSEIL MUNICIPAL
DE PARIS

Monsieur le Docteur et Cher Confrère,

Je ne suis pas l'ennemi des statistiques et je m'en sers depuis près d'un demi-siècle. C'est assez vous dire que j'en comprends l'intérêt et la nécessité.

Mais les tableaux ne valent que par les commentaires qu'on leur donne avec les faits certains et reconnus.

J'estime donc que les enquêtes valent mieux que les publications de chiffres trop souvent discutables et je verrai avec grande satisfaction les groupements professionnels donner leur avis sur les questions dont la Gazette Médicale de Paris doit s'occuper.

La proposition de mon collègue M. Gent, est fort intéressante. Elle ne fait cependant que confirmer les indications fournies périodiquement par le Ministère du Travail dans son *Bulletin*.

Vous rendriez un véritable service si vous pouviez provoquer les avis des hommes compétents sur les grands problèmes de l'époque. Un appel aux chambres syndicales et professionnelles, aux sociétés d'habitation à bon marché, aux associations de bienfaisance, de patronage, de secours mutuels, sans oublier les syndicats de médecins, etc..., serait certainement entendu et vous offrirait de précieux renseignements sur les questions dont vous faites l'énumération.

Voici quel serait mon programme :

Assurances sociales, accidents, logements ouvriers, logements des domestiques, participation aux bénéfices, salaires, chômage.

Enseignement ménager.

Abandon des campagnes, dots rurales, associations de mutualité.

Lutte contre la tuberculose.

Assainissement des villes et des habitations.

Colonies de vacances, Repos pour les ouvrières.

Travail à domicile.

Secours aux femmes, etc...

Je vous envoie une petite brochure consacrée à M. Morel de Villiers, dans laquelle vous trouverez une excellente formule.

Recevez, monsieur le Docteur et cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

A. Rendu,
Conseiller municipal de Paris,
Directeur de l' « Ami des campagnes ».

Monsieur,

La pensée de M. Gent est excellente et les documents recueillis chaque jour formeraient en quelque sorte une enquête permanente qui, publiée dans un journal accessible à toutes les bourses et répandu dans tous les groupements ouvriers, pourrait fortement contribuer à une meilleure entente entre le capital et le travail. Les grèves trop souvent renouvelées sont en effet pour le pays une véritable ruine et un désastre pour les ouvriers. Dans les questions d'hygiène, elle ferait l'éducation des masses populaires. A tous les points de vue, en un mot, cette publication bien présentée, dans un style à la portée de tous, peut rendre d'immenses services.

Recevez, Monsieur, l'assurance de mes sentiments distingués.

Th. Seaurain,
Directeur du Mont-de-Piété de Rouen.

(1) Voir les numéros de la *Gazette Médicale de Paris* des 10 juillet et 5 novembre 1913.

VARIÉTÉS

Pas trop de bains chauds

Il ne faut pas abuser des bains chauds ; ceci résulte des communications qui furent faites au Congrès de Londres.

Autant la chaleur sèche est bien supportée par l'organisme humain, autant la chaleur humide l'est mal, comme en témoignent les observations routinières recueillies dans les climats désertiques chauds et les climats tropicaux chauds et humides.

Il est prouvé qu'il existe pour les bains une certaine température indifférente, voisine de 37°, qui ne détermine aucune réaction circulatoire ou nerveuse appréciable. Au-dessous de ce point et jusqu'à une certaine limite, les bains simples provoquent une action toxique ; au dessus de ce point, l'action est plutôt dépressive.

On peut prendre des bains chauds, et même très chauds, mais très courts : de 30 à 120 secondes ; mais les bains chauds prolongés sont funestes.

Les températures auxquelles sont pris les bains ne doivent pas être inférieures à 10 degrés, ni supérieures à 39.

Il y a encore de la marge.

L'Engraissement des conscrits américains

Le gouvernement des Etats-Unis, nous apprend la *Gazette des Hôpitaux*, vient de décider d'entreprendre l'engraissement de ses conscrits.

Cette initiative émane du lieutenant-colonel William Kenly, inspecteur général du service du recrutement. Le colonel Kenly avait apporté avec lui à Chicago une bouteille d'une émulsion « antiamaigrissante » adoptée par le gouvernement. Son but, a-t-il déclaré, est de rendre propres au service des milliers d'hommes qui auraient été refusés par les conseils de revision, en raison de leur poids trop léger. « Au cours des mois derniers, dit le colonel Kenly au *Daily Mail*, dans presque toutes les régions du pays, on a dû constater un déficit considérable dans le nombre des recrues, déficit dû dans la grande majorité des cas à une insuffisance de poids des conscrits. C'est ce qui m'a décidé à rechercher le moyen de remédier à cet état de choses. L'émulsion que voici et dont la composition est gardée secrète par le gouvernement est en mesure de faire gagner plusieurs livres par jour à toute personne en faisant usage. »

L'Hôtelier, son Client et l'Asthme

M. Anatole France contait dernièrement à des amis quelques épisodes de ses voyages :

« — Je descendis une fois à Lyon, narra-t-il, dans un hôtel où je fus magnifiquement traité.

« Le propriétaire de l'établissement voulut bien me dire qu'il connaissait avantageusement mon nom et qu'il était très flatté de recevoir sous son toit un membre de l'Académie française. C'est dans de telles occasions qu'il est doux d'être Immortel. Ce brave hôtelier me donna sa meilleure chambre.

« Le lendemain, je le vis soucieux. Il ne m'adressait la parole qu'avec gêne. Le surlendemain, son embarras grandit encore. Et soudain :

« M. France, soupira-t-il, je n'y comprends rien. Tout l'étage où je vous ai logé est empuanti par une exhalaison épouvantable. Croyez que j'ai tout fait pour savoir d'où elle provenait. J'ai déplacé déjà un pensionnat russe et une famille allemande qui habitaient le même palier que vous. Je les soupçonne d'utiliser pour leur toilette quelque drogue infâme. Je leur ai assigné des chambres aux étages supérieurs. Mais la répugnante odeur persiste. Je n'y puis rien. Je suis déshonoré !

« J'avais, continue le maître, la main derrière le dos et je tenais une cigarette allumée. A ce moment, j'en tirai une bouffée devant mon hôte :

« — Mais, me dit-il, ce n'est pas du tabac !

« — Non, ce sont des feuilles d'eucalyptus destinées à combattre l'asthme.

« — Ah ! voilà ! voilà !

« — Ne serait-ce point l'odeur dont vous me parlez ? lui demandai-je.

« — Précisément, s'écria-t-il, mais je me trompais : cette odeur n'est pas du tout nauséabonde. Elle flatte au contraire agréablement les narines. Je vais faire redescendre la famille allemande et le pensionnat russe. Fumez, fumez, M. France !... »

Le Menu expliqué

C'est à Londres, dans un banquet donné à l'Incorporated Institute of Hygien et auquel assistaient de nombreuses personnalités du monde médical que l'on a inauguré ce genre de menu.

Le repas avait été composé avec le plus rigoureux souci de l'estomac des convives et attention suprême, la désignation de chaque plat, sur le menu, était accompagné de commentaires appropriés. C'est ainsi que l'on pouvait lire :

Croûtes parisiennes. Très favorables à la sécrétion de la salive, préliminaire indispensable d'un repas qui réclame quelque effort digestif.

Langouste. De la famille des crustacés, contenant environ 18 0/0 de protéine. Un peu lourde. Il est opportun de la servir avec une mayonnaise qui facilite le processus de la digestion.

Soles. Un des aliments les plus sains, les plus légers et les plus délicats, recommandé par conséquent aux estomacs débiles: Comme elles ne contiennent que 11 0/0 d'azote et 1 de graisse, elles sont peu nutritives et doivent être suivies d'autre chose.

Sorbet au champagne. Glace des plus estimables comme intermède d'un long repas. Le sorbet a la vertu d'éclaircir le palais et d'offrir une trêve à la digestion. Il ouvre le pylore et vide l'estomac, suspend la sécrétion gastrique et repose les glandes.

Certes, ces indications précieuses valaient bien, comme distraction pour les convives, les symboles plus ou moins ingénieux dont un dessinateur est généralement chargé d'orner le bristol.


ADULTES : 6 à 12 comprimés aux repas
Diarrhée infantile : 1 à 2

Diagnostic clinique des Pyélites ET Pyélonéphrites simples et tuberculeuses

CONFÉRENCE

faite à l'Association d'enseignement médical hospitalier

par M. le Dr P. BAZY
Chirurgien de l'hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de Médecine.

Mon intention, en donnant ce titre à cette causerie, est de vous indiquer des moyens qui soient à la portée de tous les praticiens, et non pas seulement des spécialistes, de reconnaître, de dépister les pyélites et les pyélonéphrites, simples et tuberculeuses ; je n'aurais garde de dédaigner les moyens plus précis que nous avons à notre disposition pour contrôler et affirmer le diagnostic, pour reconnaître, en cas d'indication opératoire, si les lésions sont uni ou bilatérales, mais j'estime qu'avant de rechercher ces précisions préopératoires, il est bon d'avoir une vue d'ensemble sur les lésions de chacun des organes de l'appareil urinaire et de commencer par savoir si c'est la prostate, la vessie ou le rein qui est atteint ou si ce sont deux ou trois organes. Il peut paraître extraordinaire qu'on puisse confondre une lésion rénale avec une lésion vésicale. Vous savez cependant que rien n'est plus commun. Pourquoi ? Parce que rien ne simule une lésion vésicale comme une lésion rénale, parce que les lésions infectieuses du rein s'accompagnent de symptômes vésicaux directs ou réflexes : directs, parce qu'elles peuvent déterminer des lésions secondaires de la vessie, réflexes, par le retentissement qu'elles ont sur le réservoir urinaire.

Tous les jours, vous pouvez me voir diagnostiquer une tuberculose rénale alors que les symptômes sont *exclusivement* vésicaux, rien ne paraissant attirer l'attention du côté du rein, ni douleur, ni néphromégalie, les seuls symptômes présentés par le malade étant l'état trouble de l'urine, la pollakiurie et les douleurs terminales de la miction.

Permettez-moi d'ouvrir une parenthèse. Je viens de parler de l'état trouble de l'urine et je suppose que vous ne confondez pas le trouble dû à des sels ou le trouble dû à du pus; les troubles dus à des sels disparaissent par l'addition d'un acide.

Ce trouble peut permettre de diagnostiquer l'origine rénale de la suppuration quand celle-ci est *abondante*, mais il n'exclut pas cette origine rénale quand il est très léger. Quand il existe si peu qu'on ne puisse prononcer que le mot d'*urine mate*, urine *qui a simplement perdu son brillant*, j'ai montré depuis longtemps que le trouble pouvait être dû à la pyélite, au rein, par conséquent. Si suppuration abondante veut dire lésion de l'appareil urinaire supérieur (rein, calices, bassinet, uretère), trouble léger ne veut pas dire : absence de lésion de l'appareil urinaire supérieur, — et je ferme ma parenthèse.

Eh bien, dans ces cas où les symptômes paraissent exclusivement vésicaux, je dis qu'on peut d'abord et malgré les apparences, faire le diagnostic d'une lésion du rein accompagnant ou non la lésion vésicale. Ce diagnostic se fera grâce à un symptôme d'importance capitale : la *pollakiurie nocturne* dont j'ai signalé l'existence il y a de nombreuses années. Toutes les fois qu'un malade se présentera à vous avec de la pollakiurie, se plaignant d'uriner plus souvent et avec des *urines troubles*, la première question à poser est celle-ci : combien de fois urinez-vous le jour ? Combien de fois la nuit ?

Comparons le nombre de ces mictions nocturnes au nombre des mictions diurnes et, s'il y a disproportion, nous pouvons être assurés que le rein est touché (rein et uretère).

A l'état normal, on urine cinq ou six fois par jour, pas dans la nuit.

Toutes les fois que chez un sujet dont les urines contiennent du pus, ou sont simplement troubles, mais troublées par du pus, cette proportion sera modifiée, méfiez-vous.

La vessie, quand elle est *seule* atteinte, ne donne pas de pollakiurie nocturne.

J'ai vu des sujets et en particulier des femmes atteintes de cystite gonococcique urinant toutes les demi-heures le jour et pas une seule fois la nuit.

Donc, la pollakiurie nocturne est un symptôme de pyélite, il vaudrait mieux dire d'*urétéro-pyélite* ou pyélonéphrite. Il me reste à analyser ces symptômes et à les définir.

Par ce mot : pollakiurie, mal choisi à certains égards, mais qui m'a paru le meilleur, il faut entendre que le sujet urine la nuit plus souvent qu'il ne devrait le faire par rapport aux mictions qu'il a pendant le jour.

Cette pollakiurie peut être *absolue* ou elle peut être *relative*. Elle est absolue quand, d'une part, le nombre des mictions est grand, quand, d'autre part, le nombre des mictions nocturnes atteint ou dépasse celui des mictions diurnes.

Elle est relative encore quand le nombre des mictions nocturnes, quoique dépassant *beaucoup* la normale, est inférieur à celui des mictions diurnes.

Elle est relative quand le nombre des mictions nocturnes, ne dépassant pas le nombre des diurnes, est toutefois supérieur à celui qui devrait proportionnellement exister. Ainsi, un malade qui urinera cinq fois la nuit et dix fois le jour aura de la pollakiurie nocturne; un malade qui urine cinq fois la nuit et vingt fois le jour n'en aura pas.

Mais un malade peut être qualifié de pollakiurique nocturne et n'avoir pas de pollakiurie ; j'ai vu des malades, des femmes en particulier, manifestement atteintes de pyélite par les signes que nous allons voir tout à l'heure, n'uriner que 4 ou 5 fois par 24 heures; ce ne sont, certes, pas des pollakiuriques, puisque leurs mictions constituent un nombre qu'on peut appeler normal : mais elles urinaient 2 ou 3 fois le jour et 2 fois la nuit, cela suffit pour dire qu'elles ont de la pollakiurie nocturne, puisqu'elles urinent aussi souvent la nuit que le jour. Il faudrait en pareil cas employer un autre mot : mais il suffit de s'entendre.

A cette pollakiurie nocturne, se rattache un autre symptôme que j'ai signalé en 1904 à la Société de Chirurgie : il s'agit de l'*incontinence nocturne d'urine*.

Cette incontinence peut être le premier symptôme accusé par le malade ou l'entourage, non point qu'il soit en réalité le premier ; mais c'est le premier qui préoccupe ; ou bien c'est un épiphénomène, c'est un accident qui vient s'ajouter aux autres symptômes ; dans les deux cas, il se rattache à la pollakiurie nocturne.

Il ne s'observe, en effet, que chez les malades qui urinent très fréquemment la nuit; il ne se produit, en général, que d'une façon intermittente et quand les sujets sont fatigués et que le sommeil est profond. En voici le mécanisme : ces malades, qui sont de grands pollakiuriques, urinent le plus souvent la nuit d'une manière automatique : le cerveau ayant reçu l'impression commande automatiquement les gestes ou actes accompagnant la miction. La vessie a besoin de se vider, elle transmet la sensation à la moelle, qui, à son tour, la transmet au cerveau. Celui-ci commande et la miction s'effectue dans des conditions régulières.

Si le cerveau est trop engourdi, il ne perçoit pas la transmission de la moelle ; il ne commande plus ; c'est la moelle seule qui commande et par action réflexe, la miction se produit, le cerveau n'y a pas participé, le sujet urine n'importe comment ; il ne sait pas qu'il a uriné, il y a de l'incontinence nocturne.

Mais cette incontinence a pour caractères de ne survenir que lorsque l'incontinence infantile a cessé et elle se distingue de l'incontinence des épileptiques parce qu'elle s'accompagne de pollakiurie diurne et nocturne et que l'urine est trouble. Ce trouble existe depuis longtemps : mais comme l'urine est le plus souvent acide, elle fermente difficilement, n'a pas d'odeur et n'attire pas l'attention. Aussi, quand vous verrez de l'incontinence nocturne chez un sujet qui n'en avait pas durant sa seconde enfance, faites-le uriner et vous constaterez que l'urine est trouble et vous pouvez à peu près sûrement diagnostiquer : pyélonéphrite tuberculeuse.

Ainsi, on peut poser l'équation suivante : avec des urines troubles, pollakiurie nocturne absolue ou relative = urétéro-pyélite ou pyélonéphrite.

Vous devez donc rechercher les signes de cette pyélite pour savoir si les lésions sont uni ou bilatérales.

Ces signes sont de deux ordres : ce sont des symptômes généraux et des symptômes locaux.

Les symptômes généraux, je n'y insiste pas beaucoup : ce sont ceux des infections, quelles qu'elles soient, quel que soit l'organe ou l'appareil qui en soit le point de départ.

Quand la lésion a un début aigu, elle peut être marquée par un frisson, des vomissements, douleur plus ou moins vive du côté du flanc, dans l'aine. Il y a là un ensemble symptomatique, qui peut donner le change quand il siège du côté droit, mais nous y reviendrons.

Cette fièvre peut persister pendant quelques jours, s'atténuer et disparaître définitivement ou temporairement et reparaître ensuite.

Mais quel que soit son mode, elle n'a pas de caractéristique : *les fièvres urineuses n'existent pas*. Il y a dans les lésions aiguës, subaiguës et chroniques de l'appareil urinaire, de la fièvre avec les modalités différentes que nous pouvons trouver dans les affections des autres appareils de l'économie, depuis l'accès de fièvre analogue à celui de la fièvre intermittente jusqu'aux fièvres des cachectiques, et c'est tout : que les lésions du rein impriment un cachet un peu spécial aux infections, je n'y contredirai pas ; mais la fièvre n'a pas de caractère si spécial qu'on le dit, au point de faire créer un mot : LA FIÈVRE URINEUSE.

Cette fièvre est intéressante à considérer parce qu'elle indique un état aigu temporaire ou permanent ; quand, par exemple, dans le cours d'une pyélonéphrite évoluant sans fièvre vous l'observez, c'est qu'il y a des phénomènes de rétention purulente septique dans le rein et, si, avec cela, vous observez de la douleur dans le rein et l'*amélioration* de l'urine, vous pouvez être certain que cette rétention rénale existe et elle se manifeste objectivement par de la tuméfaction et de la douleur à la pression,

ainsi que nous l'allons voir en étudiant les signes locaux ; car je n'insiste pas sur les autres phénomènes généraux : digestifs, circulatoires, respiratoires, pour ne pas abuser de votre temps, et ils n'ont rien de spécial.

Ces signes locaux sont les suivants : ils sont fournis ici, comme partout ailleurs, par la *palpation*, la *percussion*, la *vue*.

La *vue* fournit en général peu de renseignements, sauf quand la pyélonéphrite se complique de phlegmon périnéphrétique ; mais ces cas étant relativement faciles, je n'insisterai pas ; on voit alors la fosse lombaire plate ou légèrement convexe au lieu d'être en creux, et aussi de la rougeur et même de l'œdème.

Cependant, dans la pyélonéphrite simple, quand on fait asseoir le malade, surtout s'il est maigre, et qu'on le regarde par derrière, on voit une surface plane au lieu du léger creux habituel que dessine sa fosse lombaire du côté sain.

Si, à cet examen par la vue, vous joignez la palpation, vous constatez que la région est rénitente, on ne peut pas déprimer la paroi abdominale à ce niveau comme de l'autre côté ; elle résiste, l'autre cède.

Je ferai bon marché de la percussion qui ne donne guère de renseignements qu'à gauche, le foie masquant le rein à droite, et n'en donne que si le rein est très augmenté de volume.

Mais si la palpation simple ne donne que de faibles renseignements, en revanche, la palpation bimanuelle va en donner de précis.

Cette palpation bimanuelle se fait le plus souvent par le vieux procédé de Trousseau.

Voici en quoi il consiste : le malade est couché sur le dos, tout le corps reposant bien sur le plan du lit, on lui dit de se comporter comme s'il dormait, de façon que tous ses muscles soient relâchés. On se place du côté que l'on veut examiner. Si c'est à droite, on glisse la main gauche entre le lit et la fosse lombaire du sujet, la pulpe de l'index ou du médius allant se placer juste dans l'angle formé par l'union de la 12e côte avec la masse sacro-lombaire. La main droite est appliquée à plat sur la région antérieure de l'abdomen, juste en face de la main gauche : elle se promène lentement, doucement sur cette face, en déprimant la paroi au-dessous du rebord costal et en particulier au-dessous de la 10e côte. Elle peut sentir alors une résistance ; la main, en descendant, sent que cette résistance cesse, si on est arrivé au-dessous de la tumeur. On peut alors chercher à faire ballotter cette tumeur ; pour cela, le doigt postérieur repousse par petits coups la paroi postérieure de l'abdomen ; ce mouvement se transmet à la tumeur et à la main qui palpe et déprime la paroi abdominale antérieure : on peut ainsi en descendant lentement cette main, en la promenant sur la paroi, délimiter la tumeur.

C'est là le *ballottement rénal*, mot qu'on n'a le droit de prononcer que lorsqu'on a déjà fait le diagnostic de lésion du rein, car le ballottement peut appartenir à toutes les tumeurs du flanc : si du doigt placé dans l'*angle costo-musculaire*, on fait ballotter une tumeur, on ne peut dire si c'est une tumeur du rein, du foie ou de la vésiculaire hiliaire, de la rate ou du côlon. C'est l'étude des signes fournis par les lésions des autres organes qui permettra le diagnostic.

Mais si le doigt placé dans l'angle costo-musculaire ne peut faire ballotter une tumeur, on peut affirmer que cette tumeur n'est pas une tumeur du rein.

Toutefois, je dois dire que dans toutes les tumeurs du flanc qu'on fait ballotter avec le doigt, placé exactement où je l'ai dit, c'est dans la grande majorité des cas le rein qui donne ce ballottement ; les tumeurs appartenant aux autres organes donnent moins fréquemment lieu à ce phénomène.

Quand la tuméfaction rénale n'est pas considérable, un moyen de la sentir c'est de faire respirer profondément le malade, de lui dire de soupirer : on peut sentir à la fin de l'inspiration le pôle inférieur du rein, qui est d'habitude douloureux quand le rein est malade : une façon de le rendre douloureux est d'exercer une pression un peu brusque sur lui, quand on commence à le sentir.

Quelques médecins, comme mon ami M. Brault, palpent le rein en se plaçant du côté opposé à celui que l'on veut examiner en passant sous le corps la main et l'avant-bras du même côté que celui du malade, main et avant-bras droits pour le côté droit, mettant la main opposée (ici la main gauche) sur la paroi abdominale; ils font ainsi la palpation.

Le procédé de Glénard, qui pince le flanc entre le pouce placé en-dessus, les autres doigts au-dessous, n'est guère applicable qu'au rein mobile.

Quand chez un malade à pollakiurie nocturne, dont l'urine contient du pus, le rein est ainsi sensible, gros, le diagnostic est à peu près fait. Toutefois, il ne sera pas inutile de contrôler ce diagnostic par l'étude des points douloureux siégeant sur l'uretère. D'autre part, le rein peut n'être pas senti, il peut n'être pas atteint par les mains qui explorent et, par suite, être, à part toujours la pollakiurie nocturne, silencieux ; on aura alors pour s'aider dans ce diagnostic l'étude des points douloureux urétéraux. C'est à cette étude que je me suis consacré et je dois dire que beaucoup de médecins ont contrôlé mes dires et les ont appuyés.

Je n'en dirai pas autant, malheureusement, de quelques spécialistes qui mettent trop vite leurs instruments à la main. Or, savez-vous à quoi aboutit la négligence dans l'étude clinique des malades ? A ceci, que j'ai vu il y a à peine 15 jours : un malade va consulter il y a trois mois un spécialiste, et non des moindres, parce qu'il avait mal aux reins et qu'on lui avait trouvé de l'albumine dans l'urine.

Au lieu de l'interroger, de l'examiner, on lui propose et on lui fait d'emblée le cathétérisme des uretères. Cela fait, on l'observe encore pendant quelques jours, puis on lui dit qu'il peut s'en aller, qu'il n'y a rien à faire pour le moment qu'à suivre un régime et on ne lui fixe pas d'autre rendez-vous. Or, savez-vous ce qu'a ce malade ? C'est un mal de Pott dorsal, caractérisé par la douleur en ceinture, de la raideur très marquée de la colonne vertébrale et une gibbosité commençante. C'est là réellement un des abus de l'exploration instrumentale sur lesquels j'ai insisté autrefois ; on néglige les symptômes, les signes cliniques pour se précipiter sur les instruments. Et l'instrument ne donne aucun renseignement et le malade se promène trois mois avec un mal de Pott qui, traité dès le début, n'aurait pas abouti à la gibbosité ; car celle-ci eût été enrayée.

Je passe et reviens à l'étude des points douloureux. Nous venons de voir que le doigt, pressant au niveau de l'angle costo-musculaire, peut déterminer une douleur, c'est le *point lombaire*, bien connu depuis longtemps. Le doigt pressant en dessous du rebord costal vers l'extrémité antérieure de la 10e côte, détermine une douleur ; c'est le point que j'ai appelé *sous-costal*, qui se confond avec les douleurs déterminées par la pression du rein, quand celui-ci est douloureux.

Mais il existe d'autres points, ce sont des points urétéraux qui peuvent exister quand les autres n'existent pas et qui sont d'autant plus précieux qu'ils peuvent exister quand l'examen le plus minutieux du rein est négatif.

C'est : 1° le point que j'ai appelé *para-ombilical* ou *urétéral supérieur*.

Il siège à l'union d'une ligne horizontale passant par l'ombilic et d'une ligne verticale passant par le point de Mac Burney, quelquefois un peu en dedans de cette ligne. Il est donc sur la même ligne verticale que le point de Mac Burney qui est sur le trajet d'une ligne oblique allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. Or, vous savez que l'ombilic est à une hauteur plus ou moins grande par rapport à la ligne bi-épineuse ; il en résulte que la ligne de Mac Burney est plus ou moins oblique et peut se rapprocher de l'horizontale. Ces deux points, celui de Mac Burney et le point para-ombilical peuvent donc se rapprocher et on a pu les confondre. On les a, dans des observations où j'ai pu le vérifier, si bien confondus que l'on a pris pour une appendicite ce qui était une pyélite et qu'on a mis à la diète absolue de tout liquide des malades qu'il aurait fallu faire boire abondamment. Si l'on pouvait douter de l'existence du point para-ombilical, les erreurs de diagnostic qu'il a fait commettre la démontreraient en même temps que sa valeur.

Ce point est fréquent et il est assez caractéristique pour exister alors même que le rein, quoique gros, n'est pas douloureux à la pression, j'ai pu maintes fois le faire constater ; il est aussi fréquent, dis-je, et au dire de certains, même plus fréquent que le point lombaire. L'existence de ce point peut se traduire d'une autre façon ; la pression détermine, en même temps qu'une sensation pénible au niveau touché, une sensation dans la vessie et le besoin d'uriner, c'est le réflexe pyélo-vésical. Rien ne saurait être plus caractéristique.

A l'extrémité opposée de l'uretère, il existe un autre point douloureux. C'est le point *urétéro-vésical* ou le point urétéral inférieur, qui se trouve au niveau de l'orifice inférieur de l uretère, à son embouchure dans la vessie ; j'ai besoin ici de quelques explications.

On sait que par le toucher vaginal on peut explorer l'extrémité inférieure de l'uretère. A l'état normal, cet uretère n'est pas perçu ; à l'état pathologique, le doigt le perçoit sous la forme d'un cordon plus ou moins gros, plus ou moins mobile, d'un volume variable, celui d'une plume d'oie, d'un crayon, quelquefois sous la forme d'un petit ruban, un peu ferme. Cet uretère ainsi malade est quelquefois douloureux à la pression ; d'autres fois, il est insensible. Pour bien le sentir, il faut mettre le doigt, la pulpe tournée en avant, dans le cul-de-sac latéral du vagin, le doigt droit explorant le côté droit et le doigt gauche explorant le cul-de-sac gauche. On imprime à la pulpe du doigt des mouvements de latéralité qui permettent de faire rouler l'uretère sous le doigt et d'en apprécier la forme et le volume, en même temps qu'on attire le doigt à soi ; or, en exécutant ce dernier mouvement, on s'aperçoit à un moment donné qu'on ne sent plus l'uretère, mais en même temps on détermine de la douleur ou, ce qui revient au même, le besoin d'uriner : c'est là le *réflexe urétéro-vésical*. Donc, c'est l'orifice urétéral non perçu qui est douloureux. On conçoit de quel secours cela

va nous être chez l'homme, où on ne peut avoir la prétention de sentir les uretères par le toucher rectal ; mais on peut arriver au niveau du bas-fond vésical et toucher leurs embouchures, ce qui aura la même valeur. De ce réflexe *urétéro-vésical* ou *descendant*, on peut en rapprocher un autre qui est ascendant on *vésico-rénal ;* c'est une sensation douloureuse du côté du rein que détermine la pression de l'orifice urétéral inférieur. On peut y ajouter cette sensation spontanée qu'ont quelques pyélitiques : ils ont mal à un rein quand ils ont envie d'uriner.

Si nous poursuivons notre interrogatoire du côté de la vessie, si celle-ci est saine ou à peu près, les autres points de cet organe ne sont pas douloureux et souvent même le col vésical qui est si souvent douloureux quand il y a la cystite, sera tout à fait indolent.

A côté de ces points, on en a signalé d'autres : Noel Hallé, depuis longtemps, (25 ans), avait montré que la pression sur le point correspondant au passage de l'uretère au niveau du détroit supérieur déterminait une douleur. C'est le point qu'on dénomme aujourd'hui point de Tourneux et qu'il faut dénommer point de Hallé. Il n'existe, d'après mon expérience, que dans les cas d'urétérite intense ; il est sur la ligne biépineuse, toujours sur la même ligne verticale de l'uretère.

J'ai aussi indiqué le point *sus-pubien*, qui se trouve situé au-dessus de l'épine du pubis : il est rare. Enfin, comme la valeur de tous ces points était bien établie, on a voulu en chercher d'autres, et Pasteau a décrit un point *sous-intra-épineux*, situé au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, à l'émergence du nerf fémoro-cutané. Je l'ai cherché et j'ai trouvé... dans l'appendicite. En réalité, c'est un point douloureux qu'on peut voir, sans lésion matérielle dans certaines formes de névralgies abdomino-crurales et dans toutes les inflammations du tissu cellulaire de la fosse lombaire et de la fosse iliaque, périnéphrite, péricolite, appendicite rétro-cœcale.

Les deux seuls importants de tous ces points sont, avec le *point lombaire*, le *point para-ombilical* ou *urétéral supérieur* et le point *urétéral inférieur* ; si vous les observez des deux côtés, vous pouvez affirmer l'existence d'une lésion bilatérale, si vous ne les observez que d'un côté, vous ne pouvez pas affirmer l'existence d'une lésion unilatérale, mais vous pouvez penser qu'elle n'existe que d'un côté.

En résumé : urine trouble, pollakiurie nocturne, avec ou sans néphromégalie, avec ou sans symptômes de cystite, et présence de points douloureux signalés plus haut : voilà les signes au moyen desquels vous reconnaîtrez une pyélite ou une pyélonéphrite, et qui vous empêcheront malgré les apparences de croire à de la cystite simple, quand avec de la cystite il existe de la pyélite ou quand il n'existe que de la pyélite sans cystite.

Dans ce diagnostic, j'ai négligé deux symptômes importants : l'hématurie et l'albuminurie.

L'hématurie totale est plutôt un signe de lésion rénale qu'un signe de cystite, l'hématurie terminale est le plus souvent signe de cystite, mais elle peut exister, quoique rare, dans l'urétéro-pyélite sans cystite.

En 1905, j'ai lu à la Société de chirurgie, un mémoire sur l'*albuminurie prémonitoire* dans la *tuberculose rénale*. Il ne faut pas la confondre avec la fausse albuminurie, celle qu'on observe dans les urines qui ont du pus, avec l'albuminurie des prétuberculeux décrite par Teissier (de Lyon) et qui ne s'applique qu'aux tuberculeux pulmonaires. Cette notion de l'albuminurie prémonitoire est entrée dans le domaine courant, au point qu'on la croirait volontiers inventée par les auteurs qui en parlent.

Cette albuminurie prémonitoire n'appartient pas à la pyélite ou à la pyélonéphrite tuberculeuses, elle appartient à la tuberculose rénale, à cette tuberculose qui atteindra plus tard le bassinet et l'uretère, qui s'accompagnera de pyélite et d'urétérite, mais qui, pour le moment, est limitée au rein ; elle n'entre pas dans le cadre de notre étude, je n'insisterai pas.

Comment distinguer les pyélites et les pyélonéphrites tuberculeuses de celles qui ne le sont pas. Pour le dire immédiatement, il n'y a que les examens bactériologiques et les inoculations qui permettent d'affirmer le diagnostic ; toutefois, vous avez des indications et des présomptions tirées de l'étude et de l'évolution du mal.

Une urine trouble et des troubles de miction survenus sans écoulement antérieur, soit chez l'homme, soit chez la femme, des hématuries totales, une pollakiurie persistante sans qu'il y ait jamais eu de fièvre devront vous y faire penser. Si vous faites l'examen microscopique de l'urine et que, avec du pus, vous ne trouviez pas de microbes, vos présomptions deviendront des probabilités et vos probabilités, des certitudes, quand vous aurez trouvé le bacille de Koch, mais en tout état de cause vous devez attendre le résultat de l'inoculation au cobaye.

Comment savez-vous si la lésion est uni ou bilatérale ? Vous n'avez intérêt à le savoir que si la lésion est tuberculeuse ; dans tous les autres cas, s'il y a des indications opératoires, peu importe ; vous devez agir et la connaissance de l'uni ou de la bilatéralité des lésions ne vous importera qu'au point de vue du pronostic, mais non au point de vue de votre action thérapeutique. Si l'indication opératoire est réelle, il faut la remplir et il ne faut se préoccuper que des contre-indications formelles.

Dans la tuberculose rénale, il est indispensable, à moins d'indications opératoires formelles, existant d'un côté, de connaître l'état des deux reins ; pour cela, il n'y a qu'un moyen, le cathétérisme des uretères et des *deux uretères*.

En cathétérisant l'uretère malade seul, dans le cas d'infection tuberculeuse, et en recueillant à travers la vessie l'urine de l'autre rein supposé sain, on est exposé à recueillir soit de l'urine du rein malade, qui aura filtré entre la sonde urétérale et la paroi urétérale, soit de l'urine normale non microbienne, il est vrai, venant du rein sain mais qui aura récolté dans la vessie les bacilles provenant, soit du rein malade, soit de la vessie.

Quand on ne peut à cause de l'état de la vessie faire le cathétérisme de l'uretère, quand l'état de la vessie permet de supposer que les phénomènes douloureux ne pourront pas être amendés, s'il n'y a pas d'indications opératoires précises du côté du rein, mieux vaut s'abstenir. La recherche de l'uni ou de la bilatéralité des lésions n'est de mise que si on prévoit que la vessie deviendra tolérante ; car, si elle ne le devient pas, vous aurez aux yeux du malade et de l'entourage fait une opération inutile; alors mieux vaut s'abstenir.

Vous m'en voudriez, si je ne vous parlais pas des moyens mathématico-chimiques que nous avons de connaître le degré d'insuffisance urinaire auquel conduisent et aboutissent les lésions que nous venons d'apprendre à connaître.

On a dit et j'ai répété depuis très longtemps que l'analyse de l'urine d'un seul jour ne pouvait conduire à une connaissance précise du pouvoir sécréteur et excréteur du rein : les éléments contenus dans l'urine varient avec une foule de conditions, notamment avec l'alimentation et l'état général du malade, en particulier la fièvre.

On a voulu, autrefois, trouver dans l'indice cryoscopique la solution du problème, et vous savez le bruit qu'a fait la recherche de l'indice cryoscopique seul ; puis de l'indice cryoscopique de l'urine comparé à l'indice cryoscopique du sang. On n'était qu'un mauvais médecin, qu'un réactionnaire si on n'en tenait pas compte. Pour m'édifier, j'ai comparé l'indice cryoscopique de plus de 100 urines et j'ai étudié l'excrétion des différents éléments de l'urine en fonction de l'indice cryoscopique, et je suis arrivé à cette conclusion que l'indice cryoscopique était parallèle à l'indice de la densité : Achard me disait de même. Bref, on n'en parle plus.

En sera-t-il de même d'une autre méthode qui consiste à rechercher le coefficient uréo-sécrétoire, connu aussi sous le nom de coefficient d'Ambard. Je voudrais que non. Nous ne saurions être trop bien renseignés sur ce qui nous permet d'asseoir notre diagnostic et notre pronostic sur des bases de plus en plus solides, je n'oserais dire définitives.

Qu'elles soient ou non solides, je dois vous en parler, mais je ne veux et ne peux vous donner ici qu'une formule et la manière de la chercher.

Je passe sur les lois établies par Ambard et vais vous dire comment on fait les calculs.

Pour l'établissement de ces calculs, il faut tenir compte :

1° De la quantité d'urée éliminée dans les 24 heures ou débit uréique (D) ;

2° De la concentration de l'urée dans l'urine (C) ou quantité d'urée éliminée par litre d'urine.

3° De la quantité d'urée par litre de sang (Ur.).

La concentration uréique est rapportée à une concentration type de 25 pour 1.000.

Il a paru bon de tenir compte du poids du sujet et de rapporter ce poids à un poids type de 70 kilogr. et on a ainsi la formule de la constante uréo-sécrétoire :

$$K = \frac{Ur}{\sqrt{\frac{D \times 70}{P}\sqrt{\frac{C}{25}}}}$$

Pour obtenir ce chiffre, il faut donc peser le sujet, rechercher l'urée dans le sang et rechercher l'urée dans l'urine au moment où on prend le sang.

Il faut donc vider la vessie du sujet et on note l'heure exacte où cette vessie est vide, on recueille l'urine pendant une demi-heure environ après, en notant exactement l'*instant* où s'écoulent les dernières gouttes d'urine.

Dix minutes environ après le moment où on a commencé l'expérience, on retire par ventouses scarifiées ou par ponction d'une veine environ 40 grammes de sang.

On connait d'une manière précise le temps de l'expérience et la quantité d'urine et d'urée recueillie dans le même temps, on peut rapporter le tout aux 24 heures.

Au début, Ambard a admis que le coefficient normal était de 0.040 à 0.045. Depuis, il l'a fait monter à 0.065 environ à l'état normal, il oscillerait entre 0.060 et 0.070.

MM. Ballavoine et Onfroy ont cru bon de

modifier et de simplifier la formule. Au lieu de calculer par rapport à un poids type de 70 kilogr. ils calculent par rapport au kilogramme d'individu : ils suppriment la multiplication par 70.

Ils renversent une partie de la formule d'Ambard et au lieu de rapporter le débit à 24 heures, ils ont été amenés à le rapporter à 111 minutes ; de cette manière, le coefficient normal est sensiblement voisin de l'unité et le coefficient uréo-sécrétoire diminue au fur et à mesure que le rein déchoit, au lieu qu'il augmente avec la formule d'Ambard.

Cette formule est donc :

$$R = \frac{\sqrt{\frac{D}{P}\sqrt{C}}}{U}$$

C = concentration uréique de l'urée (urée par litre d'urine).

D = Débit de l'urée pendant 111 minutes.

P = Poids du sujet.

U = concentration uréique du sérum (urée par litre de sérum sanguin).

***

Chez les sujets à fonctionnement normal, d'après la formule d'Ambard, qui est la plus utilisée, la constante est de 0.065 environ, mais au point de vue de pronostic opératoire, on pourrait considérer comme suffisante une constante jusqu'à 0.090. Legueu va jusqu'à 0.110, 0.115. Marion jusqu'à 0.200 et 0.210, c'est-à-dire admet une constante trois fois plus forte ou si l'on veut une insuffisance trois fois plus grande.

On voit donc que cette méthode n'a pas la précision que sa formule d'allure mathématique voudrait faire supposer, puisqu'elle varie dans de si grandes proportions. Est-ce à dire qu'il faille la dédaigner ? Assurément non, mais elle ne constitue pas, tant s'en faut, un critérium, et celui qui voudrait s'y fier uniquement risquerait d'avoir des déboires. A cette constante, on ajoute en ce moment l'étude de la concentration maxima de l'urine dans le sang. Cela prouve que le coefficient de d'Ambard ne suffisait pas. On aurait ainsi de plus grandes précisions. C'est une addition intéressante : il est trop tôt encore pour la juger, mais, malgré tout, il restera encore des inconnues.

Une autre méthode consiste à étudier la valeur fonctionnelle du rein par la recherche du mode d'élimination de certaines substances qui s'éliminent par l'urine.

Il y a longtemps que l'on sait que les individus chez lesquels le rein est altéré n'éliminent pas certaines substances, que, chez eux, l'odeur particulière à l'urine après l'ingestion d'asperges, après l'ingestion de balsamique, apparaît tardivement et faiblement ou même pas du tout. Seulement, il est difficile de mesurer une odeur : on peut, au contraire, mieux doser les médicaments qui s'éliminent par l'urine, tel que l'iodure ou le salicylate, mais l'absorption par voie intestinale est sujette à des variations qui peuvent rendre le moyen défectueux. L'absorption par voie sous-cutanée n'est pas sujette à ces variations. Aussi, est-elle préférable, et il est aussi préférable d'employer des substances qui puissent être injectées à petites doses et n'être pas, par conséquent, douloureuses, qui ne soient pas dangereuses, et qu'on puisse facilement retrouver dans l'urine. De ce nombre, est le bleu de méthylène, employé pour la première fois par Achard et Castaigne.

Voici la manière de procéder :

On prend un centimètre cube d'une solution de bleu à 5 0/0, c'est-à-dire cinq centigrammes pour un centimètre cube d'eau stérilisée. On fait uriner le malade et on fait l'injection à la face externe de la cuisse ; puis, on fait uriner le malade toutes les demi-heures pendant trois heures.

Pour faciliter les mictions, il est bon de faire absorber du liquide une demi-heure avant l'injection sous-cutanée.

Le bleu dans un rein sain doit apparaître dans la première demi-heure après l'injection. En général, il s'élimine pendant 48 heures à 60 heures.

Le bleu n'apparaissant qu'après une heure indique un rein en déchéance, mais encore suffisant ; s'il s'élimine après une heure et demie, la déchéance est trop grande pour qu'on puisse avoir une grande confiance dans sa résistance.

Le bleu ne s'élimine pas toujours sous forme de bleu ; il peut s'éliminer sous forme d'une substance incolore, et, par conséquent, invisible, capable de donner de la couleur sous l'influence de certains adjuvants, et dénommée à cause de cela, chromogène ; le bleu peut s'éliminer à l'état de bleu ou chromogène pur, mais il s'élimine plutôt à l'état de bleu et de chromogène.

Pour faire apparaître le bleu, quand il n'y en a pas d'apparent, il faut prendre une petite quantité d'urine, on l'additionne de quelques gouttes d'acide acétique et on chauffe. Le bleu apparaît plus ou moins foncé ; il se fonce s'il existe déjà.

L'urine du malade qui aura absorbé du bleu sera plus ou moins bleue ou verte suivant qu'elle sera plus ou moins concentrée, plus ou moins jaune ; concentrée, elle sera verte, car bleu et jaune font vert ; diluée, elle sera bleue.

On peut aussi déterminer de la glycosurie expérimentale par l'injection sous-cutanée de 5 milligrammes de phlorhydzine. Un rein sain donne une urine qui donne la réaction du glycose une demi-heure après l'injection et pendant une demi-heure.

On a employé aussi le carmin d'indigo. Ces substances, et, notamment, les substances colorantes peuvent être recherchées dans l'urine émise spontanément ou dans l'urine recueillie par cathétérisme d'uretère ; dans ce dernier cas, on peut apprécier les différences d'élimination des deux reins, par la différence de coloration de l'urine de chaque rein.

En résumé, que devons-nous conclure de tout ceci ? Quelles sont les recherches qui importent le plus au praticien, quelles sont les recherches *urgentes* auxquelles il doit tout d'abord se consacrer ? Voilà les points importants. Quelle est la médecine d'urgence qu'il doit savoir faire, à côté de la chirurgie d'urgence pour que les malades ne perdent pas un temps précieux ? La voici :

En présence d'un malade offrant un syndrome cystique, urines troubles, pollakiurie, douleur terminale de la miction, il doit savoir que ce syndrome appartient au rein aussi bien qu'à la vessie ? Comment savoir si le rein est pris ou non ?

En étudiant les modalités de la pollakiurie. Est-elle diurne ? Est-elle nocturne ? Si elle est diurne et nocturne, le rein seul est pris ou il est pris avec la vessie ; si elle est diurne, la vessie seule est prise. Puis, vous explorez les reins : si leur exploration est négative, ne vous lassez pas ; étudiez et recherchez les points douloureux et vous pourrez avoir une connaissance assez grande de votre malade pour que vous puissiez, sans perdre de temps, la diriger et l'orienter vers une thérapeutique plus ou moins active.

Si l'urine est trouble sans phénomènes vésicaux d'aucune sorte, le rein est en cause. Si vous voyez un malade ayant de la fièvre avec des phénomènes douloureux du côté droit du ventre, et si la région de Mac Burney est douloureuse, étudiez bien le siège du point douloureux, ne négligez pas de regarder l'urine et cela pourra vous éviter une erreur de diagnostic fâcheuse pour le malade, blessante pour l'amour-propre, de prendre pour une appendicite une pyélite. Vous feriez en même temps une grossière erreur de thérapeutique.

Et si vous voulez avoir une idée à peu près certaine de l'uni ou de la bilatéralité des lésions, faites une injection de bleu, ça ne fera pas de mal.

Si l'élimination se fait dans le temps voulu, vous pouvez être certain qu'une partie de l'appareil rénal est sain et, par conséquent, que très probablement un des deux reins est sain, que la lésion est unilatérale.

Mon but en vous faisant cette conférence a été de vous permettre de reconnaître les lésions infectieuses de l'appareil urinaire, sans attendre, comme je le vois souvent, que les lésions soient trop avancées pour être reconnues par les moins attentifs, les moins expérimentés, pour vous permettre de les dépister au début, et vous éviter des erreurs de thérapeutique qui ne peuvent qu'être nuisibles à votre considération, pour qu'on puisse dire de vous que, si vous n'avez pas les moyens spéciaux de localiser une affection, vous avez des connaissances suffisamment précises pour éviter des pertes de temps à vos malades, et vous y gagnerez en considération. Ce but est assez élevé pour que je me tienne pour satisfait si je l'ai atteint.

REVUE CLINIQUE

Un cas de ligature de la carotide primitive avec hémiplégie immédiate transitoire.

par M. le Docteur SANTY

Il nous a été donné d'observer dans le service de notre maître, le docteur Delore, un malade chez lequel la ligature de l'artère carotide primitive a donné lieu à des accidents cérébraux sur le caractère desquels nous voulons insister, ainsi d'ailleurs que sur les moyens qui furent mis en œuvre pour les combattre.

Il s'agissait d'un malade âgé de 56 ans, entré salle Saint-Pothin pour un néoplasme de la base de la langue siégeant au niveau du repli glosso-épiglottique droit, accompagné d'une volumineuse adénopathie carotidienne droite mobile. Le 14 mai on pratique l'ablation des ganglions carotidiens qui nécessite d'ailleurs la double ligature de la jugulaire interne, puis on lie préventivement les deux artères linguales. La langue est ensuite extirpée par voie buccale sans incident notable. Les suites d'abord simples se compliquent d'une infection du foyer d'extirpation ganglionnaire, au quatrième jour, infection putride, ayant pris naissance au niveau d'une perte de substance faisant communiquer cette plaie avec la cavité buccale.

Le 23 mai au soir, au moment de la contre-visite, hémorragie très abondante qui en quelques secondes transperce le pansement et inonde le lit du malade. Celui-ci est aussitôt transporté à la salle de pansement ; dès l'ablation de la gaze qui recouvre la plaie, le sang s'échappe en un jet rutilant qu'on arrête temporairement par la compression digitale. On constate alors qu'il s'agit d'une ulcération de la face antérieure de la carotide primitive, un peu au-dessous de sa bifurcation. Le malade est à cet instant dans un état très précaire d'hémorragie aiguë ;

aussi est-ce sans anesthésie que l'on cherche à arrêter définitivement l'hémorragie. Pour cela on dénude tout d'abord la carotide primitive au-dessous de l'ulcération, et on passe un fil sans le serrer, puis on en place un second, au-dessus de la lésion, sur ce qu'on croit être la carotide externe (la vérification ultérieure nous a montré que cette seconde ligature avait exactement porté sur la bifurcation de la carotide primitive, l'ulcération étant un peu plus basse qu'elle ne l'avait paru).

On serre alors progressivement et lentement le fil inférieur, mais au moment précis où l'hémostase est réalisée, le malade qui jusque-là réagissait faiblement, présente un ensemble de symptômes très inquiétants, les traits se dévient fortement à droite, les téguments se décolorent, la respiration se ralentit et devient stertoreuse, une syncope terminale semble imminente; on fait alors inhaler du nitrite d'amyle, dont on s'était muni au début de l'intervention. Au bout de quelques instants la face se recolore. Le malade sort de cet état de torpeur de l'instant précédent et commence à s'agiter; il est alors évident qu'une hémiplégie gauche est constituée, la face reste déviée à droite, les membres gauches retombent flasques sur le lit. On continue les inhalations de nitrite d'amyle tout en refaisant le pansement, et on reporte le malade dans son lit.

Peu à peu, à notre grande surprise, les membres paralysés reprennent leurs mouvements; ceux-ci reparaissent d'abord à l'épaule et à la cuisse, puis, progressivement la fonction normale se rétablit et, une quinzaine de minutes après le début des accidents, le malade qui s'était très bien rendu compte de l'existence de l'hémiplégie soulevait avec une égale énergie ses deux bras pour nous montrer sa disparition.

Les suites furent simples pendant 36 heures, mais le 25 mai au matin, après une nuit agitée, se manifesta progressivement le retour d'accidents cérébraux cette fois-ci définitifs; dans la matinée la moitié gauche de la face se paralysa, puis le membre supérieur subit le même sort dans l'après-midi, et peu après le membre inférieur se prenait à son tour.

Le 26 mai, complètement hémiplégique, le malade restait plongé dans une torpeur dont le tirait par instants des excitations énergiques, mais qui dans la soirée fit place au coma complet.

Le 27 au matin, notre malade mourait, après avoir présenté pendant quelques heures une hypertbermie à 41°4.

L'autopsie pratiquée 24 heures plus tard nous permit de constater que la ligature supérieure que nous avions cru placer sur la carotide externe siégeait en réalité à la bifurcation de la carotide primitive. Ce vaisseau était au niveau de l'ulcération, occupé par un caillot ancien dont la présence expliquait les variabilités des hémorragies. Quant à la carotide interne, très aplatie, son origine était dépourvue de coagulation et cela jusqu'à la base du crâne, mais dans la traversée du rocher, sa lumière était obstruée en totalité par un caillot solide non cadavérique remontant ensuite jusqu'à sa terminaison. Au niveau de l'hexagone vasculaire de la base, la coagulation se prolongeait dans la cérébrale moyenne droite, laissant intacte la cérébrale antérieure, la communicante postérieure, volumineuse, et la communicante antérieure, très grêle, très flexueuse. Au simple examen, l'hémisphère droit, peu modifié, semblait un peu mou en totalité et s'affaissait sur la table d'autopsie. Il était en outre aisé de constater l'oblitération complète de la sylvienne, dans laquelle la coagulation s'était prolongée et qui semblait injectée.

A la coupe, les lésions, sont moindres que ce qu'on pensait. Il existe surtout un état de ramollissement de la substance cérébrale au niveau des noyaux optostriés et de la capsule interne, sans modification appréciable de l'aspect macroscopique, ramollissement que l'on apprécie surtout par comparaison avec l'hémisphère sain. Mais on trouve surtout, au niveau de toute l'écorce qui aborde la scissure de Sylvius, une zone de ramollissement, rouge très net, mais très peu étendue en profondeur, dépassant à peine la substance grise; on ne trouve rien de semblable au niveau de l'écorce des circonvolutions rolandiques. Ce ramollissement prédomine à l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius où on trouve un foyer du volume d'un pois.

Or les phénomènes observés sont absolument superposables. Notre malade, au moment où nous pratiquâmes la ligature avait, bien que très anémié par une hémorragie considérable, conservé toute sa lucidité; obligé, de par la largeur de l'ulcération, et surtout par son siège, au niveau même de la naissance de la carotide externe, de pratiquer la ligature de la carotide primitive et de la carotide externe, nous plaçâmes d'abord, sans les serrer, les deux ligatures, au moment précis où après avoir progressivement et lentement serré le fil inférieur, le vaisseau fut définitivement étranglé, le malade pâlit, sa face se dévia vers la droite et ses membres gauches retombèrent inertes, tandis que s'installait un coma profond avec stertor et ralentissement de la respiration, et c'est alors que, utilisant les intéressantes remarques faites par Lardennois à propos du traitement des accidents cérébraux de la ligature, nous fîmes aussitôt inhaler le nitrite d'amyle que nous nous étions procuré, le premier effet fut la congestion de la face, et peu à peu la cessation du coma, à tel point que le malade nous signala de son bras droit l'existence de son hémiplégie; mais bientôt l'inhalation de nitrite d'amyle continuant, l'hémiplégie elle-même rétrocède et vingt minutes plus tard elle avait entièrement disparu.

Comme l'indiquait Lardennois dans sa Revue générale, il est certain que l'apparition aussi précoce d'accidents cérébraux après la ligature ne peut-être que sous la dépendance de l'anémie aiguë, bien suffisante d'ailleurs à les expliquer, les vieilles expériences de Gilbray, opérant sur des lapins à artères vertébrales préalablement liées, vérifiant d'ailleurs cette théorie. Cette anémie peut-elle même être ce résultat de deux facteurs, d'une part la suppression brusque de l'afflux sanguin normal de la carotide interne, d'autre part la suppression fonctionnelle *temporaire* des anastomoses de l'hexagone de Willis; sous l'influence d'un spasme vasoconstricteur puissant, prenant naissance au niveau même de la ligature, spasme contre *lequel Lardennois* conseille la ligature en deux temps, la section du sympathique cervical, ou l'emploi préventif du nitrite d'amyle dont l'action vaso-dilatatrice sur les vaisseaux cérébraux a été expérimentalement prouvée par les recherches de Hürde et Mosso.

Il nous semble d'ailleurs que point n'est besoin de spasmes des artères à la base pour expliquer chez notre malade le défaut de fonctionnement des anastomoses; la baisse de pression considérable existant dans tout le système artériel à la suite d'une hémorragie aussi abondante nous paraît suffisante pour que la source sanguine principale d'un hémisphère venant à manquer, la vaso-constriction générale constatée chez tous les sujets énergiquement saignés aidant, les vaisseaux anastomotiques soient impuissants à assurer l'irrigation cérébrale, — le nitrite d'amyle ne peut dans ces conditions, associé à la position déclive de la tête, qu'être favorable et aider à la disparition des accidents.

Les accidents consécutifs à la ligature de la carotide primitive sont aujourd'hui très bien connus, en ce qui concerne les accidents dits rapides et tardifs, c'est-à-dire survenant, les premiers dans les six heures qui suivent la ligature, les seconds apparaissant dans les quinze jours. Ces accidents consistent essentiellement en phénomènes cérébraux se traduisant par des hémiplégies le plus souvent complètes et classiques, rarement alternes, et en troubles oculaires, attaquant soit la musculature externe du globe oculaire, soit la rétine. Une particularité sur laquelle Lecène (1), De Fourmestraux (2) ont insisté, est la lenteur progressive avec laquelle ces accidents font leur apparition, des intervalles de plusieurs heures, d'un jour entier pouvant séparer l'atteinte du membre inférieur de celle du membre supérieur, et des premiers troubles du côté de la face et de la parole. L'hémiplégie peut d'ailleurs aussi se constituer rapidement, comme dans le cas de Pothérat (3), où le soir même de la ligature la paralysie de la face et des membres droits, avec aphasie, était complète.

Les accidents immédiats de la ligature, c'est-à-dire ceux qui font brusquement leur apparition au moment même où le fil est serré, sont, semble-t-il, moins connus. De Fourmestraux en rapporte trois cas bien étudiés de Lejars, de Quénu et de Le Dentu. Nous y ajouterons celui de Beutter (4). Dans les deux premiers, à l'hémiplégie s'ajoute instantanément après l'interruption de circulation dans la carotide, du stertor et du coma, dans le dernier des troubles cornéens; mais ce sont là les seules observations que cet auteur ait conservé parmi le grand nombre qu'il a consulté, et qui toutes concernaient des accidents précoces mais non immédiats.

L'anatomie pathologique et la pathogénie des accidents précoces et tardifs sont également bien mieux connus que celles des accidents immédiats.

Les vérifications faires par Verneuil, Richet, Le Fort, Zimmermann, de malades ayant succombé hémiplégiques après la ligature de la carotide primitive, ont montré l'existence constante de thromboses étendues, oblitérant non seulement la carotide primitive, au-dessus de la ligature, et la carotide interne, mais encore la sylvienne, la communicante antérieure, l'artère du corps calleux. La conséquence d'une telle oblitération est le ramollissement cérébral plus ou moins étendu. Les constatations sont identiques, en ce qui concerne les troubles oculaires; il s'agit alors de thrombose de l'ophtalmique.

La clinique et l'expérimentation ont montré que cette thrombose dépendait essentiellement de deux causes, l'infection et l'état antérieur des vaisseaux.

Le rôle de l'infection est suffisamment démontré par l'étude faite de la question en 1906 par De Fourmestraux (5) à l'aide d'expériences faites sur le lapin et par l'amélioration obtenue dans les résultats de la ligature depuis l'asepsie des interventions. Lardennois (6) à l'occasion d'une observation de Morestin a insisté sur le rôle joué par les lésions d'athérome, qui par le seul fait de dénuder le vaisseau peuvent se détacher en partie de l'endartère, faire saillie dans la lumière et favoriser les coagulations. Guinard (7) enfin a montré que l'interruption de la circulation dans la carotide externe était une cause de gravité dans la ligature de la carotide primitive, non seulement par la suppression de l'afflux sanguin anastomotique des artères de la face, en tant que vascularisation cérébrale, mais encore parce que la disparition de ce courant favorise la thrombose en aval de

(1) *Bulletin de la Société anat.* 1905, p. 716.
(2) De Fourmestraux. *Arch. gén. de chir.*, 1907, p. 312.
(3) Pothérat. *Soc. de chirurgie*, Paris 1912, p. 394
(4) De Fourmestraux, *loc. cit.*
(5) *Id.*
(6) Lardennois. *Gazette des Hôpitaux*, 1910.
(7) Guinard, *Bulletin de la Soc. de chir. de Paris*

la ligature, thrombose qui se poursuit ensuite jusqu'aux artères de la base et oblitère ainsi les anastomoses de l'hexagone.

Les accidents immédiats sont, nous l'avons dit, plus rares que les précédents et leur pathogénie moins bien connue. Leur rareté est peut-être plus apparente que réelle, beaucoup de ligatures de la carotide primitive se font actuellement sous anesthésie, il est alors très difficile de constater chez le malade endormi l'apparition des accidents. C'est ainsi que chez les malades de Lejars et de Le Dentu, ce sont de petits signes, stertor et troubles cornéens, qui annoncèrent la production immédiate des accidents cérébraux. Dans l'observation de Beutter, la paralysie des membres du côté opposé à la ligature ne s'est manifestée que lors des premiers mouvements du malade à la fin de l'opération. Le cas de Quénu et celui que nous rapportons sont plus instructifs, ayant trait à des malades opérés sans anesthésie, ayant une observation des symptômes, de ce fait beaucoup plus exacte (1).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des leucémies par la benzine

Par M. le Docteur LE BLAYE

C'est en 1910 qu'un médecin américain, Barker, publia l'observation de trois jeunes filles travaillant dans une fabrique de boites d'étain où l'on se servait de benzol, dont deux moururent d'intoxication avec des accidents d'anémie grave et de purpura hémorragique. A la suite de cette publication, Selling étudia expérimentalement l'action de la benzine sur le sang et les organes hématopoïétiques, et il constata ce fait très curieux, que sous l'influence de cette substance, il se produit une augmentation passagère du nombre des globules blancs suivie de leur diminution puis de leur disparition. Les globules rouges cependant diminuent peu et l'on trouve à l'examen histologique une aplasie complète de la moelle osseuse, de la rate et des ganglions lymphatiques.

Mais c'est à Koranyi (de Budapest), mort depuis sa découverte, qu'est due l'idée d'utiliser l'action leucotoxique élective de la benzine dans le traitement des leucémies.

Il indiqua les règles de l'administration du médicament, recommandant de l'associer à l'huile d'olives et de le donner en capsules de gélatine.

Sous l'influence de cette thérapeutique, Koranyi observa une diminution très grande de leucocythémie, de la splénomégalie, et une amélioration parallèle de l'état général des malades.

Les ganglions étaient plus lentement influencés dans le cas de leucémies lymphatiques, mais cependant diminuaient progressivement. Koranyi obtint également de bons résultats dans un cas de polycythémie (Maladie de Vaquez). Kiralyfi, reprenant ses essais, put étudier l'action du benzol dans six leucémies avec des résultats très favorables, même dans plusieurs cas où le traitement radiothérapique était resté inefficace.

L'amélioration de l'état général des malades était parallèle à la diminution du nombre des leucocytes et du volume de la rate.

Toutefois le sang des malades ainsi traités renfermait encore une proportion élevée de myélocytes.

Depuis ces premiers travaux de Koranyi et de Kiralyfi, de nombreuses publications ont été consacrées à cette question.

A la Société de médecine interne de Vienne, Tedesco, Eppinger, Deutsch, ont présenté chacun un cas de leucémie (deux myélogènes et une lymphatique). Dans ces trois cas, l'action du médicament fut favorable. Toutefois, Turck à cette même société dit avoir tenté ce traitement chez plusieurs leucémiques, mais l'avoir abandonné par suite des troubles digestifs provoqués par le benzol.

Il déclara rester fidèle à la radiothérapie. Les observations publiées depuis cette époque mentionnent des résultats plus ou moins favorables.

Dans le cas de Stern (de Budapest), le nombre des leucocytes est tombé de 264.000 à 13.000. Résultat également très bon à tous les autres égards : la rate reprend ses dimensions normales ; l'état général s'améliore.

Stein (de Vienne) obtient un succès chez un malade que la radiothérapie n'avait pas amélioré.

Dans le cas de Roncbetti (de Milan) le nombre des leucocytes diminue, mais l'état général ne s'améliore pas.

Wachtel (de Cracovie), obtient dans un cas un résultat excellent ; mais, dans un autre, la présence d'albumine dans l'urine fait cesser le traitement.

Schur (de Vienne) publie un cas de guérison d'une leucémie lymphatique pour laquelle les rayons X avaient échoué.

Billings (de Chicago), associe la benzine aux rayons X dans cinq leucémies (quatre myélogènes, une lymphatique). Il constate que l'amélioration est plus rapide qu'avec la radiothérapie seule.

Klein (de Varsovie) apporte au début l'importante contribution d'une statistique de douze cas : huit leucémies myélogènes, trois leucémies lymphatiques, une leucémie subaiguë. L'administration de benzine échoue dans la leucémie subaiguë.

Pour les autres, l'auteur divise ses observations en deux groupes : celles dans lesquelles le nombre des globules blancs dépassait 400.000, et celles dans lesquelles ce chiffre était inférieur à 400.000. Dans les premières, la splénomégalie et l'hépatomégalie ont disparu, mais il a été impossible de ramener le nombre des leucocytes aux taux normal. Les observations du deuxième groupe fournissent au contraire des résultats excellents à tous les points de vue.

Klein pour conclure, préconise l'association de la benzine à la radiothérapie.

On n'a pas tardé à s'apercevoir que l'action de la benzine se prolonge encore après qu'on en a cessé l'emploi. Le cas observé par W. Neumann (de Giessen), est très instructif à cet égard. Il s'agissait d'une leucémie myélogène avec un taux de leucocytes peu élevé et une rate excessivement volumineuse. Le benzol fut administré à doses croissantes jusqu'à quatre grammes, puis à doses décroissantes. Le traitement dura trente-six jours ; le chiffre des leucocytes était retombé à 5.300 à la fin, et la rate avait diminué de moitié. Mais ensuite, bien que le traitement eût été supprimé, le nombre des globules blancs continua à décroître jusqu'au chiffre de 200 par millimètre cube, la rate continuant aussi à diminuer de volume, et la malade mourut 39 jours plus tard.

Liakowsky, puis Loutchevsky ont publié ultérieurement à la Société de thérapeutique de Moscou des observations montrant cette prolongation dans l'action du médicament. Ils conseillent de cesser l'usage de la benzine dès que l'on constate une tendance à l'abaissement du taux des globules blancs.

En France, les publications relatives à cette question sont rares. Cependant, à la Séance du 23 mai dernier à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, Aubertin et Parvu ont apporté les observations de deux malades (leucémies myéloïdes) chez lesquels l'amélioration fut lente, mais continue, et le résultat très bon. Le nombre absolu des leucocytes, la proportion relative des myélocytes, la splénomégalie, l'anémie furent considérablement améliorés.

En résumé, la plupart des auteurs qui ont utilisé la benzine en ont obtenu des résultats bien supérieurs à ceux que donnent les autres méthodes de traitement.

D'après ce que nous venons de résumer, on peut indiquer qu'elles sont les règles générales de cette thérapeutique : on doit administrer le médicament en capsules, associé à l'huile d'olives, aux doses moyennes de 2 à 4 grammes par jour et il faut arrêter le traitement bien avant que le chiffre des leucocytes ait été ramené au taux normal. En injections sous-cutanées, la dose quotidienne est de un gramme et demi au maximum.

On ne peut cependant pas encore juger la méthode définitivement. Il lui manque l'épreuve du temps.

D'autre part, la persistance de la myélocytose, presque toujours signalée dans les observations publiées jusqu'ici, oblige à réserver le pronostic, et même dans les cas les plus favorables, il est probable qu'il s'agit de guérison apparente ou temporaire plutôt que de guérison définitive (1).

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Un curieux cas d'avortement

Le Docteur E. Laiobe raconte le curieux cas suivant, d'un avortement déterminé par un ver parasite du genre ascaris.

Récemment, je fus appelé auprès d'une femme âgée d'une vingtaine d'années, enceinte de deux mois, qui se plaignait de douleurs dans le bas-ventre et présentait des signes manifestes de menace de fausse-couche.

Je lui prescrivis le repos au lit, des pansements humides laudanisés sur le ventre ; je lui ordonnai de l'hydrastis canadensis et je lui fis une injection d'un centigramme de morphine.

Rappelé deux heures après auprès de la malade, j'aperçus quelque chose de bizarre qui se présentait à la vulve. Le toucher me permit de constater la présence d'un corps mou, replié sur lui-même, semblable à un cordon et sortant de l'orifice utérin. Je tirai prudemment sur cette espèce de cordon et, peu à peu, je sentis que cela cédait à la traction.

Quelle ne fut pas ma stupéfaction en amenant un ascaris long d'une vingtaine de centimètres et gorgé de sang !

Trois heures après, l'avortement était consommé.

Inutile de dire que le cordon ombilical était intact.

Faut-il incriminer l'ascaris ? Je pense que oui. Le fait m'a paru digne d'être relaté.

REVUE DE CHIRURGIE

Utilisation des membranes fœtales comme greffes

Un confrère américain, M. le docteur N. Sabella (de New-York), a pensé que les membranes fœtales, qu'on jette après la délivrance, représentent un tissu qui pourrait avantageusement être utilisé pour faire des greffes. Après quelques essais institués dans ce sens, il fut à même de se convaincre que ces membranes se prêtent parfaitement à cet usage et que leur emploi est surtout indiqué dans les cas où la surface à greffer est trop étendue pour que le patient puisse, lui-même, fournir des transplants suffisants.

A en juger d'après les cinq faits dans lesquels M. Sabella a eu recours à ce matériel et qu'il vient de relater dans le *Medical Record*, les greffes en question donneraient d'excellents résultats.

Notre confrère utilise l'amnios et le cordon

(1) *Soc. des sciences médicales de Lyon.*

(1) Soc. de médec. de la Vienne.

ombilical. Avant de tailler les lambeaux il conseille d'examiner soigneusement les membranes, afin de voir si elles ne présentent pas quelque lésion ou ulcération. On doit également se renseigner sur les commémoratifs de la femme dont ces organes proviennent. En se conformant à ces précautions, on pourra éviter les dangers d'une infection. Après s'être assuré que les membranes ne présentent rien d'anormal, on commence par les plonger dans l'eau tiède, de manière à les débarrasser des sécrétions vaginales dont elles ont pu se charger durant leur passage à travers le vagin. Cela fait, on les place dans un récipient contenant une solution physiologique de chlorure de sodium que l'on a soin de renouveler de temps à autre. En procédant de la sorte, on sera à même de conserver la vitalité des membranes pendant plus de soixante-douze heures. La surface à greffer étant préparée, on immerge les membranes, à plusieurs reprises, dans une nouvelle solution de chlorure de sodium et on les coupe ensuite en lambeaux, de formes et de dimensions voulues. Le cordon ombilical doit être coupé ouvert et les vaisseaux sanguins doivent en être excisés, de manière que la membrane utilisée soit exempte de tout obstacle susceptible d'empêcher la greffe de prendre. Les membranes doivent être placées sur l'ulcère par la face qui fait suite à la surface interne du cordon. Comme toujours, une condition essentielle à la réussite de l'opération est l'asepsie aussi parfaite que possible de la surface à greffer. C'est dire que celle-ci doit être soigneusement nettoyée et désinfectée. S'il y a quelques bourgeons exubérants, ils doivent être nivelés. Qu'il s'agisse d'une plaie récente ou d'une surface en voie de granulation, toute hémorragie doit avoir été complètement arrêtée. Dans les cas où l'écoulement sanguin persiste, on doit recouvrir la plaie d'une feuille de gutta-percha, de *protective silk*, etc., sur laquelle on disposera une couche de gaze stérilisés, et l'on remettra l'opération au lendemain.

La surface à greffer doit être nettoyée à fond, d'abord avec de l'eau oxygénée, puis lavée avec une solution de bichlorure de mercure à 1/1000 et, enfin, avec une solution physiologique de chlorure de sodium. Après ce nettoyage, les transplants sont déposés doucement et avec beaucoup de soin sur la plaie. Lorsque celle-ci est complètement couverte, on place sur les greffes une feuille de *silk* fenêtrée, de manière à faciliter le drainage. Par-dessus, vient une couche de gaze stérilisée et imbibée d'eau salée physiologique (on doit s'abstenir de l'emploi de liquides antiseptiques), que l'on recouvre d'un tissu imperméable, on dispose une nouvelle couche de gaze stérilisée et l'on fixe le tout. On doit avoir soin de renouveler tous les jours la gaze imbibée d'eau salée et, afin d'éviter le déplacement des greffes pendant cette petite opération, il est bon d'entourer la feuille de *silk* d'un anneau de collodion. Le même mode de pansement est continué jusqu'à la guérison complète, qui nécessite d'ailleurs peu de temps, alors même qu'il s'agit de pertes de substance très étendues.

Voici, à titre d'exemple, une des observations rapportées par M. Sabella. Elle a trait à un homme de trente-sept ans, qui vint consulter notre confrère pour une ulcération ancienne, consécutive à une brûlure et ayant longtemps été traitée sans le moindre succès. Cette ulcération occupait la plus grande partie de la poitrine et une portion du bras droit. Le patient ne voulait pas se prêter à un prélèvement en vue d'une greffe de lambeaux cutanés sur son propre corps. M. Sabella se décida à utiliser l'amnios et le cordon ombilical provenant d'un accouchement récent. Après avoir soigneusement préparé ces membranes, d'une part, et l'ulcère d'autre part, il procéda à la greffe en recouvrant presque complètement toute la surface ulcérée. Le malade garda le lit pendant dix-sept jours et lorsque, au bout de ce laps de temps, on enleva le pansement, on fut surpris de voir que les greffes ne pouvaient plus être distinguées. Seuls les bords de l'ulcère persistaient encore, n'ayant pu être couverts par suite d'insuffisance de matériaux lors de l'opération. Actuellement, le patient est complètement guéri, à tel point qu'on ne saurait même plus reconnaître la place qu'occupait la brûlure.

REVUE D'HYGIÈNE

De la désinfection dans les stations thermales

Par M. le Docteur VICTOR GARDETTE

La loi du 15 février 1902 a imposé obligatoirement la désinfection après toute maladie transmissible.

Malheureusement, l'application de cette loi n'est pas allée toujours sans de graves difficultés pratiques qui, souvent, se sont opposées à toute tentative de réalisation. Il en est ainsi dans la plupart de nos stations thermales, petites communes à chiffre de population sédentaire très faible, et dans lesquelles la création d'un bureau municipal d'hygiène, ou l'organisation régulière d'un service de désinfection, ne sont pas encore entrées dans les préoccupations édilitaires.

Il faut bien dire que, jusqu'à cette heure, la bonne volonté et la conscience avertie de beaucoup de maires se sont heurtées à des difficultés, à des impossibilités budgétaires, quand elles rêvaient de doter leurs administrés des mesures et des institutions hygiéniques que réclame avec quelque opiniâtreté la clairvoyance scientifique moderne.

Il importe aussi, en cette occurrence, de laisser aux administrés eux-mêmes la part de responsabilité qui leur incombe ; personne ne doute que la désinfection des locaux souillés par un malade contagieux ne soit utile, indispensable, mais il convient de faire la part des craintes, des hésitations d'un hôtelier qui a le désir, et c'est son droit, de clore la saison avec un budget prospère. L'hôtelier chez lequel s'est introduit ou a éclos une maladie transmissible se trouve fort perplexe. Il voudrait bien céder à la pression et aux conseils médicaux en pratiquant la désinfection, mais il dénombre en même temps la clientèle et se demande avec inquiétude de combien de défaillances sera marqué l'aveu de la maladie contagieuse.

Toutes ces causes, d'inégale valeur, ont créé dans un certain nombre de nos stations une situation de fait regrettable. On ne désinfecte pas.

D'autre part, nous sommes à la veille de transformations des plus importantes, qui vont s'accomplir dans la plupart de nos stations. La loi du 13 avril 1910, en effet, donnera prochainement la plénitude de ses effets, et peut-être même l'application de la taxe de séjour sera-t-elle un fait accompli dès l'été qui vient dans deux ou trois de nos hydropoles. Cette loi, qui mettra nos stations dans un situation budgétaire privilégiée, va, comme contre-partie, leur créer des obligations impérieuses, et le législateur a voulu placer au premier rang de ses préoccupations, en nous donnant le bénéfice de la taxe de séjour, l'organisation rigoureuse et régulière des mesures d'hygiène.

Aussi, le moment m'a-t-il paru opportun de rappeler à la tribune de cette Société quelques-unes de ces mesures, dont le caractère d'urgence ne peut se discuter, mais dont un usage trop intermittent a pu, dans l'esprit de certains, estomper la précision des détails.

Il arrive que dans nos stations éclosent ou se déclarent des maladies contagieuses et nous devrons certainement, dans l'avenir, nous préoccuper d'une façon plus habituelle plus régulière, d'assurer à chaque cas la préservation de nos baigneurs et une désinfection effective des locaux contaminés.

Ce sera notre devoir, à nous médecins, de réformer à cet égard ou d'instruire l'esprit de nos dirigeants municipaux et de nos hôteliers, et de leur faire comprendre quelle sécurité d'esprit et de corps nous procurerons à nos malades quand ils sauront que l'on désinfecte chaque fois que cela parait nécessaire, sous la réserve, bien entendu, qu'il ne paraîtra jamais opportun dans nos stations de pratiquer une désinfection à grand fracas et que les âmes émotives, dont le microbe est une des phobies, demandent quelques ménagements et s'effarouchent d'une mise en scène un peu bruyante.

Le problème de la désinfection est un peu vaste. Il ne sera complètement résolu que le jour où chacune de nos villes thermales sera dotée d'un service municipal de désinfection. Certains objets, la literie, les matelas, par exemple, ne pouvant être désinfectés réellement que par autoclave, ce jour ne sera malheureusement pas demain, mais demain, nous pouvons et nous devons dire à l'hôtelier comment il devra désinfecter une chambre contaminée et lui enseigner comment il peut le faire sans bruit, sans éclat, à voix basse, si je peux m'exprimer ainsi, sans attendre le concours municipal, et surtout en souhaitant que ce concours ne lui soit jamais imposé.

Le sujet est donc bien limité : comment réaliser pratiquement la désinfection d'une chambre d'hôtel ou des objets qu'elle contient ? De l'avis unanime de tous ceux qui se sont occupés avec attention de ce sujet, l'agent le plus efficace de la désinfection est l'aldéhyde formique. Nous ne pouvons donc qu'accepter cet avis, comme un critère au moins actuel et momentané, et je ne tracerai pas de parallèles entre la valeur désinfectante comparée du chlore, de l'acide sulfureux et autres gaz.

En fait, d'ailleurs, le ministère de l'Intérieur n'a, jusqu'à présent, à ma connaissance, autorisé que des appareils générateurs d'aldéhyde formique.

C'est donc à elle et à elle seule que je consacrerai quelques courtes notes.

La formaldéhyde, dont la formule chimique est CH^2O, est un gaz d'odeur assez légère, mais d'une action extrêmement irritante sur la pituitaire et la conjonctive.

Il est doué de propriétés bactéricides considérables et démontrées d'une façon indéniable par toutes les expériences de laboratoire et les résultats qu'il donne dans la pratique.

Malgré ces propriétés bactéricides, il n'est pas toxique pour les êtres organisés, ou du moins il ne l'est qu'à doses très élevées et encore, vraisemblablement, n'agit-il que par l'irritation excessive qu'il produit à ces doses sur la muqueuse respiratoire. Ce fait lui donne déjà une certaine supériorité sur les désinfectants toxiques. Mais, par contre, c'est à tort qu'on l'a employé quelquefois comme insecticide, contre les puces, les punaises, etc., il ne donne ici aucun résultat pratique ; c'est à peine s'il a quelque influence nocive sur les moustiques.

Par contre, toutes les expériences instituées pour établir son rôle microbicide, et parmi lesquelles il convient surtout de citer celles de Miquel (1), de Régnier et Brubat (2), de Trillat (3), démontrent qu'à la concentration de 1 pour 100, il détruit tous les germes infectieux habituels. Il se combine avec l'albumine, en donnant un composé nouveau dont la nature n'a pas été exactement déterminée ; quelques gouttes de

(1) Miquel. — De la désinfection des poussières sèches des appartements au moyen des substances gazeuses et volatiles (G. Carré, éditeur, 1893).

(2) Régnier et Bruhat. — Comptes rendus de la Société française d'hygiène, 1899, 9 juin.

(3) Trillat. — Annales de l'Institut de Pasteur, 25 mai 1896. *La formaldéhyde et ses applications* (G. Carré, éditeur).

formaldéhyde, ajoutées à du blanc d'œuf, l'empêchent de se coaguler par la chaleur et c'est vraisemblablement par sa combinaison avec les albumines du protoplasme des micro-organiques qu'il faut expliquer son rôle bactéricide.

L'aldéhyde formique est donc certainement à l'heure actuelle, le meilleur désinfectant. Cependant, elle présente certaines particularités chimiques qu'il importe de bien connaître si l'on ne veut pas s'exposer à des mécomptes. Elle se présente en effet sous trois états isomériques différents et passe très facilement de l'un à l'autre.

1° L'aldéhyde formique, ou formaldéhyde, est le gaz désinfectant que nous avons en jusqu'ici en vue. On la trouve dans le commerce sous le nom de formaline ou formol, en solution, contenant, théoriquement du moins, 40 0/0 d'aldéhyde formique.

2° La paraformaldéhyde ($C H^2 O$) est une substance blanche, onctueuse au toucher, soluble dans l'eau et l'alcool ; elle brûle facilement avec une petite flamme bleue.

3° Le trioxyméthylène ($C H^2 O$), poudre blanche dégageant une forte odeur, à peu près insoluble dans l'alcool et dans l'eau.

Sous ces deux derniers états isomériques, le pouvoir antiseptique devient des plus problématiques et c'est vraisemblablement à la suite d'expériences exécutées avec une technique défectueuse, permettant la polymérisation, qu'on a noté un certain nombre d'échecs dont on a voulu, à tort, rendre la méthode responsable.

Il faut savoir, en effet :

a) Que la formaldéhyde à l'état gazeux sec est d'une instabilité complète et que, jusqu'à cette heure, tous les efforts pour sécher ce gaz ont provoqué l'apparition d'un de ses états isomériques.

b) Que le chauffage de la solution commerciale de formaldéhyde ou formol doit être entouré de précautions minutieuses, car le gaz en se dégageant, tend à se polymériser peu après la sortie de la cornue, quand il ne se transforme pas dans la cornue elle-même en paraformaldéhyde.

De nombreux appareils ont été réalisés pour obtenir la désinfection par le formol.

Je ne parlerai que pour mémoire des appareils qui utilisent simplement le chauffage du formol du commerce. Je viens de dire tous les inconvénients de ce procédé et il ne semble pas que ces appareils aient trouvé auprès des gens compétents une faveur bien marquée.

Cependant, une méthode très employée part du chauffage du formol en l'additionnant au préalable de 20 0/0 de chlorure de calcium, ou de quelque sel neutre, ou encore de 10 0/0 de glycérine, pour empêcher la polymérisation, élever le point d'ébullition et faciliter le dégagement du gaz. Dans cette méthode, le chauffage a lieu en vase clos jusqu'à ce qu'il ait amené une pression de 3 à 4 kilos ; à ce moment-là, on ouvre une valve qui communique avec la chaudière, le gaz se dégage en abondance et rapidement et la polymérisation est évitée par ce procédé. Il a l'inconvénient très grave, au point de vue où je me suis placé ici, de nécessiter des appareils volumineux et un personnel expérimenté. Il manque donc, peut-on dire, de discrétion.

Pour cette raison, il est préférable de partir du chauffage de la paraformaldéhyde, ou mieux encore du trioxyméthylène. Je dis mieux encore, car, bien que les deux molécules de la paraformaldéhyde se dissocient plus facilement que les trois molécules du trioxyméthylène, le chauffage de la paraformaldéhyde doit être fait avec des précautions assez minutieuses pour éviter son inflammation, car les produits de la combustion de la paraformaldéhyde ne renfermant pas de formaldéhyde, la désinfection dans ce cas ne serait pas assurée.

Il semble donc que pratiquement il est préférable de s'adresser aux appareils qui partent du chauffage du trioxyméthylène pour obtenir la production de la formaldéhyde, mais nous croyons, pour les raisons indiquées plus haut, qu'il est indispensable que le dégagement gazeux se fasse en présence de vapeur d'eau, pour éviter la prompte retransformation de l'aldéhyde formique en paraformaldéhyde, et que les appareils qui devront retenir notre préférence seront ceux qui répondront à cette double condition.

Ces appareils, d'ailleurs, offrent des avantages pratiques qui les rendent des plus précieux pour nous ; l'appareil étant placé au milieu de la chambre à désinfecter, la désinfection est aussi discrète que possible et le prix de revient est des plus minimes.

D'ailleurs, et je termine par-là, il est bon de savoir que tout appareil de désinfection, pour être légalement employé, doit être soumis à l'appréciation d'une commission spéciale du Conseil supérieur d'hygiène publique en France. Les expériences effectuées par cette commission sont consignées dans un procès-verbal qui relate toutes les circonstances de temps, de température, de quantité des produits expérimentés, de durée, de contact, etc., etc. Il est donc important, avant d'utiliser une méthode quelconque, de lire attentivement ce procès-verbal et de se conformer rigoureusement aux données ainsi établies et reproduites sur l'arrêté ministériel d'autorisation, si l'on ne veut pas s'exposer à de sérieux mécomptes (1).

REVUE DE LABORATOIRE

Utilisation dans la réaction de Wasserman des hématies du caillot

Par René Bénard

La réaction de Wassermann, est à l'heure actuelle, un complément indispensable des constatations cliniques, dès que la syphilis vient à être soupçonnée. La complexité du procédé primitif a poussé les auteurs à le modifier, et bien des méthodes de simplification ont été proposées. Nous-même, avec Joltrain, avons étudié l'une de ces méthodes de simplification (2).

Au nombre des difficultés qui se présentent dans les laboratoires peu outillés, dans certains laboratoires d'hôpitaux ou éloignés des grands centres, figure la nécessité d'avoir des hématies fraîches. MM. Armand-Delille et Launoy, dans deux mémoires (3), ont proposé l'emploi d'hématies formolées, suivant une technique qu'ils indiquent minutieusement et qui donne de bons résultats.

Voici, pour notre part, la méthode que nous employons depuis un an déjà, dans le laboratoire de notre maître, M. le professeur Widal.

Nous utilisons, comme sensibilisatrice hémolytique, le sang d'un lapin vacciné contre les hématies humaines; et, comme globules, les globules contenus dans le caillot même du sang du malade examiné. Après avoir séparé le sérum du caillot, nous agitons énergiquement ce dernier pendant une à deux minutes dans une solution chlorurée à 8 p. 1000 ; nous centrifugeons ensuite cette solution ainsi obtenue et nous lavons à deux reprises les globules pour les débarrasser de toute trace de plasma.

Nous avons ainsi une quantité de globules amplement suffisante pour plusieurs séries d'expériences.

Nous avons, en outre, voulu rechercher quel était le degré de diminution de la résistance globulaire des globules extraits ainsi du caillot. Nous avons vu que, chez un malade dont la résistance initiale était à 46, la résistance des globules, extraits du caillot douze heures après, était de 48 et vingt-quatre heures après de 50, alors que les hématies laissées vingt-quatre heures au contact de la solution chlorurée étaient descendues à 66. D'autres hématies laissées cinq jours dans le caillot, ne donnaient qu'une hémolyse à peine sensible dans une solution à 5,8 p. 1000, et nulle dans une solution à 6 p. 1000, tandis que les hématies du même malade, recueillies dès le début dans un liquide anti-coagulant et conservées à la glacière, hémolysaient d'une façon presque totale dans une solution à 9 p. 1000.

Comme, généralement, le technicien reçoit à son laboratoire en même temps, caillot et sérum, comme d'autre part les hématies du caillot se conservent d'une manière très suffisante pour les besoins de la réaction, pendant près d'une semaine, il nous a semblé qu'il y avait là une méthode qui pourrait rendre service, dans les laboratoires éloignés des grands centres, ou aux colonies (1).

(1) Soc. d'hydrol. méd. de Paris.

(2) René Benard et Joltrain. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 30 juillet 1910.

(3) Armand-Delille et Launoy. *Annales de l'Institut Pasteur*, mars 1911. *Pressé médicale*, 30 octobre 1912.

(1) Soc. de Biologie.

CARNET DU PRATICIEN

Pour stimuler la croissance des enfants

Bioxyde de manganèse pulvérisé	0 gr. 25 c.
Craie pulvérisée	2 grammes

pour 25 paquets.

Un paquet dans un peu d'eau sucrée, avant les deux principaux repas. Aux enfants âgés de moins de deux ans, un seul paquet par jour réparti en deux doses.

Contre les engelures

Prescrire aux personnes prédisposées deux à quatre des pilules suivantes par jour aux approches des froids et pendant l'hiver.

Sulfate de quinine	0,05 cent.
Ergotine	0,05 —
Poudre de feuilles de digitale	0,065 mil.
Extrait de belladone	0,001 —

De temps à autre laisser reposer le malade.

(Brocq.)

Pigmentations d'origine génitale chez la femme

Appliquer le soir sur une mousseline recouverte d'un taffetas gommé la pommade suivante :

Onguent de Vigo	15 grammes
Vaseline	15 —

Le lendemain appliquer sur les régions pigmentées la pommade suivante :

Carbonate de bismuth	10 grammes
Kaolin	10 —
Vaseline	40 —

Ou toucher matin et soir les parties pigmentées avec le mélange suivant :

Chlorhydrate d'ammoniaque	4 grammes
Acide chlorhydrique médicinal	5 —
Glycérine	30 —
Lait virginal	50 —

Ou encore : frictionner 2 fois par jour avec :

Beurre de cacao	75 grammes
Huile de ricin	75 —
Oxyde de zinc	3 —
Oxyde mercurique	0 gr. 15
Essence de roses	III gouttes

Contre la trachéite

Teinture d'aconit	1 gramme
Benzoate de soude	2 —
Sirop de codéine	30 —
Hydrolat de tilleul	q. s. p. 120 c.c.

à prendre dans la journée, par cuillerées à soupe, de deux heures en deux heures, dans une infusion chaude, et faire renouveler une ou deux fois.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires
Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau
L'Administrateur-Gérant : G. Zante

CHEMINS DE FER DU NORD

Services rapides entre Paris, l'Angleterre, la Belgique, la Hollande, l'Allemagne, la Russie, le Danemark, la Suède et la Norvège.

Cinq services rapides entre Paris et Londres. Trajet en 6 h. 45. traversée maritime en 1 heure. — Depart de Paris-Nord : 8 h. 25, 9 h. 50 matin, midi, 2 h. 30, 4 heures, 9 h. 20 soir. Départ de Londres : 9 heures, 10 heures, 11 heures matin, 2 h. 20 et 9 heures soir.

Six express sur Bruxelles. Trajet : 3 h. 55. — Départ de Paris-Nord : 7 heures. 8 h. 10 matin, midi 35, 4 h. 50, 7 h. 10 et 11 h. 15 soir. Départ de Bruxelles : 8 h. 21, 8 h. 57 matin, 1 h. 01, 6 h. 03, 6 h. 15 soir et minuit 07.

Trois express sur La Haye et Amsterdam. Trajet : La Haye 7 h. 1/2, Amsterdam 8 h. 1/2. — Depart de Paris-Nord : 8 h. 10 matin, midi 35 et 11 h. 15 soir. Depart d'Amsterdam : 8 h. 40 matin, 1 h. 42 et 8 heures soir. Départ de La Haye : 9 h. 36 matin, 2 h. 37 et 8 h. 57 soir.

Cinq express sur Francfort-sur-le-Mein. Trajet : 12 heures. — Départ de Paris-Nord : 7 h. 50 matin. 1 h. 45, 6 h. 20, 10 heures et 11 h. 15 soir. Départ de Francfort : 10 h. 01 matin, 6 h. 10 soir, 1 h. 02 (luxe) et 1 h. 20 matin.

Cinq express sur Cologne. Trajet : 7 h. 29. — Départ de Paris-Nord : 7 h. 50 matin, 1 h. 45, 6 h. 20, 10 heures et 11 h. 15 soir. Départ de Cologne : 4 h. 41, 7 h. 56, 9 h. 10 matin, 3 h. 12, 4 h. 19 et 10 h. 45 soir.

Quatre express sur Hambourg. Trajet : 15 h. 19. — Départ de Paris-Nord : 7 h. 50 matin, 1 h. 45, 6 h. 20 et 11 h. 15 soir. Départ de Hambourg : 7 h. 39 matin, 2 h. 44 et 11 h. 14 soir.

Cinq express sur Berlin. Trajet : 15 h. 31. — Départ de Paris-Nord : 7 h. 50 matin, 1 h. 45, 6 h. 20, 10 heures et 11 h. 15 soir. Départ de Berlin : 8 heures matin, 1 heure, 9 h. 41 soir et minuit 18.

Deux express sur Saint Péterbourg. Trajet : 50 heures, par le Nord-Express : bi-hebd. 45 heures, — Départ de Paris-Nord : 1 h. 45, 10 heures et 11 h. 15 soir. Départ de Saint-Pétersbourg : midi 45 et 11 h. 15 soir.

Deux express sur Copenhague, Stockholm et Christiania, Trajet Copenhague : 26 heures; Stockholm : 43 heures; Christiania : 49 heures. — Départ de Paris-Nord : 1 h. 45, 10 heures ou 11 h. 15 soir. Départ de Stockholm : 10 h. 27 matin et 8 h. 30 soir. Départ de Copenhague : midi 45 et minuit. Départ de Christiania : 7 h. 34 matin et 5 h. 45 soir.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et l'Italie
PAR LE MONT-CENIS

ALLER (départ de Paris) : 2 h. 30 soir, V.-L. ; L.-S. ; 1re et 2e classes jusqu'à Turin.

ALLER : 10 h. 30 soir, V.-L.; 1re et 2e jusqu'à Rome. L.-S. jusqu'à Modane.

RETOUR (départ de Rome) : 9 h. 15 soir, V.-L.; 1re et 2e classes depuis Turin ; L.-S. ; 1re classe, depuis Modane.

RETOUR : 8 heures matin, V.-L. ; L.-S. ; 1re et 2e classes depuis Turin ; V.-R. depuis Dijon.

RETOUR : 2 h. 40 soir, 1re et 2e classes depuis Rome.

De Paris à Guernesey et vice-versa : Billets valables par Granville et billets simples valables sept jours : 1re cl. 51,75, 2e cl. 34,90, 3e cl. 26,15 ; billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 70,40, 2e cl. 47,25, 3e cl. 36 ; Billets valables par Granville et Saint-Malo, permettant d'effectuer l'excursion du Mont Saint-Michel comprise dans le prix du billet (itinéraire : Paris-Granville, Jersey, Guernesey, Saint-Malo, Pontorson, Mont Saint-Michel, Paris ou inversement) : billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 84,35, 2e cl. 56,10, 3e cl. 43,70 ; billets valables par Cherbourg et Aurigny et billets d'aller et retour valables un mois : 1re cl. 81,40, 2e cl. 57,40. 3e cl. 41,75.

Durée de validité : 30 jours (non compris le jour du départ) avec faculté de prolongation.

Les billets du parcours additionnel ci-dessus peuvent être demandés, soit au commencement du voyage, en même temps que le billet circulaire, soit à Toulouse-Matabiau, au moment du passage dans cette gare.

VARIÉTÉS

Les microbes dans l'atmosphère

Les nombreuses expériences de M. Trillat et de ses élèves avaient déjà montré l'influence de la présence d'émanations gazeuses dans l'air sur la longévité des microbes. C'est ainsi que M. Trillat a reconnu que les souillures qui se répandent journellement dans l'atmosphère et provenant de la décomposition des matières organiques d'origine animale ou végétale constituent des ambiances extrêmement favorables pour la longévité de certains infiniment petits.

L'air fraîchement expiré, les émanations de la terre, le voisinage de corps en décomposition sont autant de sources d'aliments gazeux pour les microbes. Les expériences faites par M. Trillat sur l'air des glaciers et l'air prélevé dans le voisinage des habitations ont nettement fait ressortir cette influence.

M. Trillat, en collaboration avec M. Fouassier, a continué cette étude, qui a été présentée à l'Académie des sciences par M. Laveran.

Les deux savants viennent de montrer que le transport des microbes pathogènes dans l'air s'effectuait surtout par l'humidité renfermant à l'état infinitésimal des traces de gaz-aliments. Bien plus, il semblerait résulter que l'air, quand il remplit certaines conditions d'humidité, de composition chimique, de température et d'âge de microbes, est capable de s'ensemencer directement au contact d'une source microbienne.

Jusqu'à présent, on croyait, d'après les nombreuses observations du savant allemand Flugge, que pour que les microhes soient véhiculés par l'air, il était nécessaire de les y projeter par une action mécanique quelconque, telle que la pulvérisation ou tout autre moyen ayant pour effet de les détacher de leur support. Contrairement à cette notion, MM. Trillat et Fouassier établissent des expériences démontrant que lorsque la superposition de certains facteurs a lieu, l'ensemencement de l'air se fait à l'instar de celui d'un bouillon de culture, uniquement par le jeu et le mouvement des vésicules d'eau invisihles, qui constituent l'humidité de l'air. A partir d'un volume infiniment faible — d'environ un cent millième de millimètre cuhe — ces gouttelettes échappent en effet à l'action de la pesanteur. Elles sont toujours mobiles sous l'influence de la moindre variation de température.

Tous ces résultats sont du plus haut intérêt pour la science hactériologique; MM. Trillat et Fnuassier ont montré comment se produit la contamination de l'air dans un espace clns et tranquille, sans faire intervenir la présence des poussières ou d'un moyen mécanique quelconque, comme on l'a cru jusqu'à présent.

ÉCHOS

Un escroc des médecins

On signale nn individn de 35 ans environ, petit (1 m. 60), maigre, cbeveux châtains, entièrement rasé et ayant les allnres d'un valet de cbambre qni depnis plnsienrs mois, se présente chez les médecins en emprntant l'escalier de service et, s'adressant aux domestiques, les élnigne sous prétexte de vérifier sur le livre de visites si un rendez-vons pris par ses maîtres a bien été noté.

Il profite de l'absence momentanée des domestiqnes pour faire main basse snr les porte-monnaies généralement déposés dans le buffet de cuisine.

S'il se présentait chez nn confrère, télépboner an commissariat on au poste de police le plus proche.

Un cas d'exclusion dans une société médicale allemande

D'après le *Journal d'accouchements*, de Liége, le Dr Joachim, de Fribourg-en-Brisgau, se vit exclu de la Société médicale de cette ville, par décision de l'assemblée générale, pour avoir établi, dans sa policlinique, une consultation réservée aux indigents.

Il protesta contre son exclusion et, après trois instances, vient d'obtenir du Trihunal supérieur de l'Empire un jugement de réintégration.

Le jugement se fonde sur ce motif que la qualité de sociétaire d'une Association professionnelle ne peut être retiree à uu membre par décision de l'assemblée générale que si cette décision est prise en vertu d'un article statutaire.

Projet d'écoles d'infirmières en France

Le Dr Doizy, député, a déposé une proposition de loi tendant à former dans toute la France des gardes-malades, des « nurses » laïques. Voici quelles sont les dispositions du projet du Dr Doizy :

Article premier. — Il est créé, dans toutes les communes disposant d'établissements hospitaliers suffisamment importants, une ou plusieurs écoles d'infirmières et d'infirmiers, annexées aux hôpitaux.

Art. 2. — Ces écoles sont placées sous l'autorité des commissions administratives ; elles ont à leur tête des directrices ou des directeurs, suivant qu'elles sont destinées à former des infirmières ou des infirmiers.

Art. 3. — Un prélèvement de ... 0/0 sur les fonds dn Pari mutuel est affecté :

1° A la création et an fonctionnement de ces écoles ;

2° Aux subventions renouvelables qui pourront être accordées à des écoles privées analogues ;

3° A la création de bourses dans certains cas spéciaux.

Art. 4. — La durée et le programme des études seront uniformes, d'une part, dans toutes les écoles d'infirmières, d'autre part dans toutes les écoles d'infirmiers.

Un brevet d'aptitude sera délivré à toutes et à tous les élèves qui auront satisfait à l'examen de fin d'études.

Art. 5. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'organisation et de fonctionnement de ces écoles.

Art. 6. — Les dispositions de la présente loi sont applicables à l'Algérie, aiusi qu'aux colonies de la Guadeloupe, de la Martiuique et de la Rénnion.

L'interdiction de l'alcool en Tunisie

Un décret heylical vient d'interdire la consommation de l'alcool dans le territoire de l'annexe du contrôle civil de Tozeur.

Le « Caducée »

La Société fraternelle dn « Cadncée », association des anciens médecins des armées de terre, de mer et des colnnies, réunie en assemblée générale a procédé à la désignation de son bnreau. Ont été nommés :

Président : M. le doctenr A. Delienne.

Vice-présidents : M. le professenr A. Calmette ; M. le doctenr Dedet.

Secrétaires généraux : M. le docteur Baradat, M. le docteur F. Würtz.

Trésorier : M. le docteur Regnault.

Trésorier-adjoint : M. le doctenr Bailliart.

Le docteur Granjnx a été élu président honoraire.

L'ancien secrétaire général, le docteur Laval, ne s'est pas représenté.

Toutes ces élections ont eu lieu à l'unanimité.

Le Museau de bœuf et le Conseil d'hygiène.

Depuis quelques semaines, le Conseil d'hygiène se préoccupe de la préparation du « museau de bœuf », dont on avait signalé de nombreuses falsifications.

D'apres M. le doctenr Barrier, de l'Académie de médecine, il n'y a qu'un moyen d'assurer une préparation rationnelle dn mnseau de bœuf; c'est d'exiger que la préparation ait lien dans les abattoirs mêmes, ainsi, dn reste, que le veut l'ordonnance prise par le préfet de police le 17 juin 1912.

Mais cette ordonnance a soulevé des réclamations sans nombre. Le ministre du Commerce et celui de l'Agriculture enx-mêmes s'en sont émus, et la qnestion se pose anjonrd'hui de savoir si on doit la maintenir.

Le Conseil n'a pn se mettre d'accord snr ce point. Apres une vive discussion, chacun est resté snr ses positions et la discussion sera reprise prochainement.

Pygmées

D'après le *Times* une expédition envoyée en Nouvelle-Guinée, pour étudier la faune de cette région, est entrée en relation avec les *Tapiros*, tribu de negritos qu'aucun blanc n'avait encore visitée.

On a pu fixer à 1m. 415 la taille moyenne des hommes de cette race qui, quant à la stature, est à peine supérieure à celle des négrillos du Congo. Les voyageurs cherchèrent vainement à voir les femmes et les enfants réfugiés dans la forêt. Les Taniros vivent à une altitude de 600 à 800 mètres. Bien bâtis et musclés, ils ont la peau chocolat sombre, des cheveux reflet roux. Presque tous les adultes ont une barbe assez fournie ; les vieillards teignent la leur en rouge ardent. Pas de vêtements ; le pagne est remplacé par une gourde qu'ils maintiennent en position par une corde passée à la taille ; par contre, de nombreux ornements : bracelets et colliers de graines, d'os; de dents d'animaux.

On connaissait l'existence de peuplades de petite taille dans l'intérieur de la Papouasie : mais c'est la première fois que nous obtenous des renseignements précis sur cette étrange race.

L'exercice illégal de la pharmacie.

La dixième Chambre correctionnelle vient d'avoir à se prononcer au sujet d'un cas tont à fait nouveau d'exercice illégal de la pharmacie.

Une grande officine de Paris, qui fait le commerce général de la pharmacie à l'exclusion du commerce de détail avec le public, était poursuivie en les personnes de son directeur et de son administrateur délégué, bien que l'un et l'autre possèdent leur diplôme de pharmacien et aient le droit d'exercer. Lorsque la Société en commandite fut fondée en 1852, tous les associés étaient pharmaciens. Mais dans la suite plusieurs associés sont décédés. Il a fallu les remplacer et, d'après le parquet, le tort qu'on eut fut de les remplacer par des associés non pharmaciens.

A l'audience, le directeur et l'administrateur délégué ont soutenu qu'on ne saurait prétendre que la fabrication et la vente de tous produits pharmaceutiques était illicite, lorsque l'officine où ils étaient fabriqués ou vendus en gros ou en détail appartenait à une Société commerciale comprenant des associés dont une partie n'était pas pourvue du diplôme de pharmacien. D'après eux, en effet, si la loi du 25 avril 1777 disposait que les titulaires de charge ne pouvaient se qualifier de maîtres en pharmacie que tant qu'ils posséderaient et exerceraient personnellement leurs charges, cette disposition ne peut pas viser le laboratoire, mais la charge, le privilège, la fonction qui doit être possédée et exercée personnellement par le titulaire.

Le tribunal a repoussé ce système :

« Attendu qu'une pareille interprétation est contraire aux lois de 1777 et du 21 germinal an XI, qui doivent s'entendre dans ce sens que nul ne peut tenir laboratoire et officine, s'il n'est en même temps propriétaire du fonds et muni d'un diplôme de pharmacien ;

« Que ce que la loi a voulu dans l'intérêt de la santé publique, c'est que la gérance et la propriété soient réunies dans les mains du pharmacien diplômé, qu'il en ressort que le vœu de la loi ne serait pas rempli si les pharmaciens ne restaient pas les maîtres de leurs laboratoires et officines, tant au point de vue technique que commercial et financier... »

Le directeur et l'administrateur délégué de l'officine, ainsi que le pharmacien, ont été condamnés chacun à 500 francs d'amende pour exercice illégal de la pharmacie.

Le trempage des noix

En septembre et octobre l'amande de la noix est mûre et l'amande fraîche est facilement dépouillée de sa pellicule; à partir de novemhre l'amande est sèche. Dès les premiers jours de septembre, aux lieux de production, la noix est lavée, trempée et soufrée.

Le lavage est effectué par un passage rapide dans l'eau additionnée de 3 kilos de sel pour 1.000 litres d'eau ; ce lavage ne présente aucun inconvénient, l'eau n'ayant pas le temps de pénétrer jusqu'à l'amande ; il n'en est pas de même du trempage qui consiste à laisser les noix dans l'eau pendant plusieurs jours. Cette opération a pour but d'augmenter le poids de l'amande et constitue certainement une opération délictueuse, les noix étant ordinairement vendues au poids.

La noix ayant subi le trempage moisit facilement; l'amande devient visqueuse et gluante ; il n'est pas rare d'être obligé d'ouvrir cinquante noix pour en trouver quinze qui soient irréprochables.

La pratique du trempage est relativement récente et est interdite par l'article 16 du décret du 15 avril 1912 ; lorsque le service de la répression des fraudes a voulu sévir les intermédiaires ont invoqué les intérêts des expéditeurs, qui sont les seuls coupables.

Pour que des poursuites puissent être intentées, nous dit le *Répertoire de pharmacie* d'après les *Annales des falsifications*, il faudrait avoir le moyen de reconnaître facilement les noix trempées ; or, ce moyen n'existe pas pour le moment, et le service de la répression des fraudes serait heureux de recevoir des indications sur le meilleur procédé permettant de reconnaître avec certitude les noix trempées.

Quand au soufrage, qui a lieu soit après le lavage, soit après le trempage, il est effectué en disposant les noix sur des claies qu'on place dans une chambre close dans laquelle on brûle du soufre. Cette opération est considérée comme licite, bien que les noix soufrées causent parfois une irritation de la gorge.

84e Année (Série XIII e) — No 225 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 26 Novembre 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale.... .. 15 fr.
Editions Espagnole, Portugaise et Italienne 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 26 Novembre 1913

A nos Collaborateurs

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la *Gazette Médicale de Paris*, sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs, mettra désormais, à leur disposition un tirage à part à 50 exemplaires, de leurs articles inédits qu'elle aura oubliés.

ÉCHOS

Nos agrandissements

Pour la troisième fois, la *Gazette Médicale de Paris*, en raison de l'extension continue de ses services, et de ceux de la *Plus Grande France*, a dû procéder à l'agrandissement de ses bureaux et de leurs dépendances qui donnent désormais asile à soixante-quinze employés

Nos abonnés et lecteurs ne manqueront pas de bénéficier de cette progression constante qui nous permet d'améliorer sans cesse notre journal.

La fortune du monde.

Il y a à l'heure actuelle la vertigineuse somme de 850 *milliards* de papiers négociables dans le monde, papiers qui s'appellent rentes sur l'Etat, actions et obligations de Compagnies, ou de Sociétés, ou de mines, etc.

En regard de ces 850 milliards de titres négociables, depuis que le monde existe jusqu'à la fin de 1912, l'or et l'argent extraits de la terre dépassent à peine 150 *milliards* et tous les billets de banque en circulation, fin 1912, s'élevaient à peine à 41 milliards et demi.

A la Manière de Cervantès

Par M. le Docteur Lucien NASS

Chapitre LXVIII

De la fièvre qui prit Don Quichotte et de quelle manière il en guérit.

L'ingénieux hidalgo de la Manche, encore qu'il eût eu raison de son redontable adversaire le colérique Biscaïen, se ressentait cruellement des meurtrissures et des contusions reçues dans le combat. Ajoutées à celles qui provenaient de sa bataille contre les moulins à vent, elles le faisaient cruellement souffrir. De plus, la profession de chevalier errant n'allait pas sans quelque danger de recevoir non seulement de fâcheux coups, mais encore de gagner de bonnes maladies, telles que pleurésies, pneumonies ou gastrites invétérées. Passer la nuit sous les arbres en s'entretenant du souvenir de l'incomparable Dulcinée du Toboso, chevaucher toutes les heures du jour la maigre Rossinante qui le froissait sérieusement à chacun de ses faux pas, se nourrir à peine de quelques fruits cueillis aux arbres de la route ou des minces reliefs que Sancho laissait au fond de son bissac n'étaient point pour donner à Don Quichotte la force et la vigueur nécessaires pour un voyage d'aventures à travers les Espagnes.

Son fidèle écuyer Sancho Pança ne rêvait pas seulement qu'au royaume dont son maître lui donnerait un jour le gouvernement. Cette ambition, pour si forte qu'elle fût, ne l'occupait pas tellement qu'elle ne lui laissât pas le loisir de songer à son estomac. Il s'accommodait du mieux qu'il pouvait sur son âne tout en regrettant que ce ne fût jamais l'heure de la halte, et, tirant de son bissac ses copieuses provisions, il allait, mangeant par derrière son maître, levant de temps en temps sa gourde avec tant de plaisir qu'il eût donné envie au meilleur cabaretier de Malaga. La nuit, il s'arrangeait fort bien de coucher à la belle étoile, ayant soin de caresser sa bouteille en s'endormant et en se réveillant, avec le seul chagrin de la trouver le matin plus légère que le soir précédent.

Aussi à ce régime, profitait-il rapidement, au grand désespoir de l'âne qui, avec un fardeau de plus en plus lourd à porter, avait grand'peine à rattraper la sèche Rossinante que son maître éperonnait à tout moment. Le ventre de Sancho s'étalait sur l'échine de l'animal, débordait de chaque côté comme une outre pleine. En outre, l'écuyer somnolait doucement, réveillé de temps à autre par Don Quichotte qui venait chevaucher à ses côtés pour lui apprendre les lois de la chevalerie errante.

Ce dernier maigrissait de semaine en semaine. Il paraissait démesurément long et plat, et semblait une latte fixée sur le cheval de l'Apocalypse. Par surcroît, depuis que le Biscaïen lui avait fendu sa salade, il refusait toute nourriture et ne pensait qu'à la manière dont il convenait de laver cet affront.

Sancho Pança s'inquiétait de la santé de son maître qu'un tel régime ébranlait furieusement. — S'il venait à tomber malade et à mourir, pensait-il sagement, adieu mon île et mon gouvernement.

Il résolut donc de prévenir Don Quichotte et de le forcer à se ménager.

— Il me semble, Monseigneur, lui dit-il, que vous n'avez plus votre bonne mine d'autrefois. Peut-être ces maudits moulins à vent, peut-être ce sacré Biscaïen vous ont-ils un peu meurtri, de même que moi j'ai été moulu des coups que m'ont donnés les moines. Mais je crains que vous négligiez trop votre santé. Vous jeûnez tonte la semaine, vous ne dormez pas, vons marchez toute la journée. Aucun homme n'y résisterait.

— Aucun homme, peut-être, répartit Don Quichotte, mais non un chevalier errant. Ne t'inquiète pas, ami. Sache que pour l'amour de mon incomparable Dulcinée, il n'est de privations que je n'endure avec joie. Rappelle-toi mon serment : c'est celui que fit le grand marquis de Mantoue lorsqu'il eut à venger la mort de son neveu Bandoin. J'ai juré de ne manger pain sur nappe, de n'approcher point de femme, de ne coucher jamais en lieu habité, de dormir tout vêtu, tant que je n'aurai point tiré vengeance de la cruelle injure que m'a faite celui qui a brisé ma salade. — Que Votre Grâce, reprit Sancho, réfléchisse pourtant que nous serons peut-être longtemps avant de trouver l'occasion de tirer cette vengeance. Que ferez-vous ? Vous laisserez-vous mourir de faim ? — Que tu l'entends mal ! Il faut que tu saches encore que c'est la gloire des chevaliers errants de passer un mois sans manger. Rappelle-toi, Sancho, que les anciens chevaliers ne mangeaient que par aventure dans de somptueux banquets ; le reste du temps, ils devaient vivre d'air, ils se passaient de nourriture, et des autres nécessités naturelles. Je veux devenir comme eux.

Notre chevalier fit comme il le dit. En vain Sancho tentait de lui faire avaler quelque aliment réconfortant. L'amoureux de l'incomparable Dulcinée ne prenait que quelque oignon et un peu de pain bis que son écuyer lui suppliait d'accepter. Il devint, ainsi qu'il le souhaitait, exempt de toutes les incommodités dont notre humaine nature est à l'ordinaire affligée. Il ne souffrait point de ses exigences, et jamais on ne le voyait quitter la selle de Rossinante pour aller satisfaire ces besoins matériels dont même les rois et les impératrices ne sont point dispensés. Sancho, au contraire, vidait à tout moment les étriers de son âne et s'arrêtait inopinément. La bonne chère, les fruits savoureux dont il se gorgeait, les copieuses libations qu'il faisait à sa gourde lui tenaient le ventre libre et le teint frais.

De jour en jour don Quichotte devenait plus sec et plus jaune. On eût dit un vieux sarment desséché qui allait flamber à la première étincelle. Un soir, il s'étendit tout grelottant sous un arbre ; ses dents claquaient comme des castagnettes ; les pièces de son armure, secouées par ce tremblement, faisaient un étrange bruit de métal. La fièvre prit notre chevalier. Le délire s'en mêla.

Tantôt, il entrait dans une fureur noire contre des ennemis imaginaires, et s'épuisait en mille efforts pour se relever et les aller combattre. Tantôt il tournait des madrigaux incohérents à l'adresse de Dulcinée ; il parlait aussi de sa vocation qui était de défendre les filles, de protéger les veuves, de secourir les orphelins et les malheureux, ainsi que l'exigent les lois de la chevalerie errante.

Sancho cherchait à calmer son maître, mais seul, la nuit, au bord de la route, sans secours à espérer, sans la moindre drogue ou tisane, que pouvait-il ? En vain, il tenta d'introduire entre les dents du fiévreux sa bonne gourde de vin généreux. Don Quichotte refusait d'ouvrir la bouche et repoussait la main de l'écuyer. Vers le matin, l'état du chevalier empira, il était secoué de grandes convulsions et, couché sur le flane, recroquevillé sur lui-même, les genoux à la hauteur du menton, il poussait de sourds gémissements qui entrecoupaient son délire.

Le fidèle écuyer crut arrivée la dernière heure de son maître. Voyant tous ses soins inutiles, il se retira un peu à l'écart, et pria de bon cœur tant pour le salut éternel que pour la guérison du bon chevalier qui devait lui donner le gouvernement d'une île. Les vœux de Sancho parurent favorablement entendus de la divine Providence. Quand le soleil parut, le malade s'endormit d'un sommeil agité de cauchemars. Il reposait ainsi depuis un quart d'heure quand Sancho qui le veillait avec soin vit venir sur la route un modeste équipage : c'était celui d'un homme sur sa mule. Sancho se précipita au-devant, en faisant de grands gestes. L'homme qui pensait bien n'avoir rien à redouter d'un compagnon à la mine aussi florissante, arrêta sa monture.

L'écuyer le mit rapidement au courant de l'étrange maladie qui venait de terrasser don Quichotte.

Vous tombez comme marée en carême, lui répartit l'inconnu. Je suis un bachelier qui étudie la médecine à l'Université d'Alcala de Hénarès. Voyons votre chevalier.

Sancho le mena près de l'arbre sous lequel reposait Don Quichotte. Le bachelier regarda longuement le teint bilieux, les joues maigres, la posture recroquevillée du malade. Et comme l'écuyer lui faisait part que jamais son maître ne cédait aux besoins de l'humaine nature :

— Hé ! reprit le bachelier, c'est là tout son mal ! Il peut en mourir si on ne le soigne pas ; il en guérira si tu fais ce que je vais te dire. Arrange-toi pour lui faire prendre des pastilles de Jubol. Profite de son sommeil pour lui en glisser une ou deux dans la bouche. Agis ainsi tous les soirs, et tu verras le miracle s'accomplir. Tiens, voici des boîtes de Jubol que je te donne pour sauver la vie de l'illustre don Quichotte. Ne me remercie pas. Bonjour.

Sancho suivit fidèlement les prescriptions du bachelier. Sur le champ, il introduisit entre les lèvres ouvertes de don Quichotte ces bienfaisantes pastilles. Elles agirent incontinent, et à son réveil don Quichotte eut la douleur de constater qu'il était contraint de se soumettre aux exigences naturelles. Mais il fut guéri, et grâce au Jubol, que son écuyer lui administrait en cachette tous les soirs, il put poursuivre sa mirifique vie d'aventures pour mériter l'amour de l'incomparable Dulcinée du Toboso.

Dr. Lucien Nass.

Le sérum d'anguille comme collyre

Il paraît qu'à Java le sang d'anguille, en gistillation dans l'œil, passe pour un excellent remède en nombre d'affections oculaires ; il y a une dizaine d'années déjà qu'un médecin hollandais, le Dr Ellinger, l'avait relaté. Des expériences entreprises en Allemagne ont montré que le sérum d'anguille contenait une toxine spéciale, liée probablement à la sérum-albumine, dont l'action se rapproche de celle de la dionine.

Les os sonores

Un fait que tout le monde peut constater est que si l'on erie à proximité d'une table servie, il est des verres qui, esclaves de l'acoustique, vibrent à l'unisson.

Il paraît même que certaines personnes sont douées d'os à tel point sonores qu'ils répondent également à certaines notes de la gamme.

L'illustre Caruso est dans ce cas, et un journal étranger nous assure qu'il ne veut plus avoir Mlle Wary Garden pour partenaire, parce qu'elle dispose de deux notes qui font frémir l'ossature entière du chanteur, fort incommodé par cette trop profonde sympathie.

RECHERCHES HÉMATOLOGIQUES
sur un Cas de Purpura (1)

Par MM. HANNS
Chef de clinique médicale à la Faculté de Nancy
et FERRY
Interne des Hôpitaux de Nancy, Préparateur de bactériologie

Les cas de purpura sont loin d'être rares ; malgré cela, cette affection est encore si mal connue, qu'il nous a semblé pouvoir nous permettre de publier l'observation suivante, ne fut-ce qu'à titre documentaire. Elle présente d'ailleurs quelques particularités intéressantes, grâce à la distribution un peu spéciale de l'éruption et à l'existence d'une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien ; d'autre part, l'absence de troubles de la coagulation du sang chez la malade est digne d'être signalée, à cause du rôle que certains auteurs font jouer à l'altération de cette fonction hématologique dans la pathogénie du purpura.

Une jeune fille de 18 ans, sans antécédents pathologiques, est atteinte depuis six mois de poussées successives de purpura.

Fig. 1.
Jambe gauche (face interne). Répartition des éléments éruptifs.

Un matin, en s'habillant, elle aperçut au niveau de la face postéro-interne des deux mollets, des taches éparses, de la taille d'une petite lentille, de coloration rouge. Depuis ce moment-là, elle a de temps à autre, tous les quinze jours ou toutes les trois semaines, des poussées analogues.

La distribution de l'éruption est chaque fois à peu près la même : elle n'existe que sur les membres inférieurs ; sur les jambes, elle n'affecte pas de disposition particulière, et est située à peu près également sur tout le pourtour ; mais sur les cuisses, elle ne se montre que le long d'une bande située à la face interne, assez nettement limitée en avant par une ligne droite. Il n'y a pas de taches périarticulaires abondantes, que l'on note dans d'autres purpuras, rhumatoïdes, par exemple ; au contraire, la région du genou est relativement dépourvue d'éléments éruptifs.

L'éruption apparaissait toujours rapidement, généralement à la suite de marches un peu trop longues, de danses. La jeune fille sentait, le soir, une fatigue spéciale, avec l'impression que ses jambes gonflaient ; cette sensation est si particulière, qu'elle pouvait prédire l'éruption pour le lendemain ; en effet, le soir, il n'y avait jamais d'éruption, celle-ci débutait toujours le matin ; la malade s'en apercevait en s'éveillant. En



Fig. 2.
Jambe gauche (face externe). Répartition des éléments éruptifs.

une nuit, elle avait envahi toute la jambe et la cuisse. L'éruption alors, suivait chaque fois la marche suivante :

Le premier jour, les taches s'élargissent et confluent les unes dans les autres, mais il n'en apparaît pas de nouvelles ; elles se foncent en même temps ; la sensation de fatigue spéciale diminue, l'impression de raideur disparaît.

Le deuxième jour de l'éruption, le cou-de-pied enfle un peu, mais sans la moindre douleur. La malade ne peut marcher, les jambes ne la supportent pas. Cela dure deux ou trois jours, pendant lesquels l'éruption reste stationnaire. Si la malade prend du repos, l'éruption diminue avec l'enflure ; si elle n'en prend pas, cela dure un peu plus longtemps (une semaine), la jambe reste enflée, la marche reste difficile et pénible.

Dans tous les cas, il n'y a aucune douleur articulaire.

Au moment de son entrée à la clinique de



Fig. 3.
Jambe droite (face externe). Répartition des éléments éruptifs.

M. le Professeur Schmitt, la malade présente justement une éruption. Celle-ci affecte la disposition décrite plus haut et visible sur les photographies annexées à cette observation ; elle est formée de taches purpuriques isolées ou confluentes, surtout à la face interne de la cuisse, où elle atteint sa plus grande intensité.

D'autre part, à la partie inférieure de la jambe, près de la cheville surtout, mais même jusqu'au voisinage du genou, on voit un grand nombre de taches arrondies, grandes comme des pièces de 0 fr. 50, rose violacé très clair, marbrant la région sur tout son pourtour. Ce sont, d'après la malade, des traces d'anciennes éruptions. On ne peut distinguer ces taches sur les photographies, où elles se confondent avec les taches de purpura.

L'éruption dura environ six jours, pâlit peu à peu et disparut, la malade étant restée couchée. Elle se leva la semaine suivante, et dans l'après-midi apparurent de nouvelles taches aux deux cous-de-pied, surtout autour des malléoles, mais remontant aussi un peu sur les jambes et les cuisses ; cette éruption ne dura que quelques heures, elle pâlit rapidement et le lendemain avait presque disparu. Mais le surlendemain, nouvelle poussée sur les deux jambes, puis sur les faces antérieures des cuisses. Cette nouvelle poussée dure trois jours. Une troisième



Fig. 4.
Jambe droite (face interne). Répartition des éléments éruptifs.

poussée réapparaît encore trois jours plus tard, au-dessus des rotules. Bref, il y eut une série d'éruptions qui, cette fois, n'eurent plus ni la même évolution, ni la même localisation que les précédentes.

La malade n'eut jamais de fièvre. Les différents organes sont normaux ; cependant, on constate l'existence d'une induration du sommet droit, qui ne s'est jamais révélée par aucun symptôme subjectif.

L'état général de la jeune fille est bon ; elle est assez vigoureuse et bien constituée. Ses règles sont irrégulières, mais seulement depuis un an, et elle a de la leucorrhée, au moment des règles surtout ; elle n'a aucun signe de syphilis. Elle exerce la profession de repasseuse dans un grand atelier mal aéré ; peut-être a-t-elle subi une intoxication oxycarbonée.

Les résultats de l'examen du sang sont les suivants :

18 juin (en pleine poussée purpurique).

Nombre des globules blancs....	9.100
Polynucléaires neutrophiles....	71 0/0
Polynucléaires éosinophiles	8.45
Polynucléaires sans granulations	1.51
Gros mononucléaires...........	9.36
Moyens mononucléaires.......	8.76
Lymphocytes	0.9

(1) La malade qui fait l'objet de ce travail a été présentée à la Société de médecine de Nancy sous l'étiquette de « purpura avec lymphocytose rachidienne ».

1er juillet (pendant les deuxièmes poussées atypiques) :

Globules rouges	4.800.000
Globules blancs	8.350
Polynucléaires neutrophiles	50.6
Polynucléaires éosinophiles	11.1
Polynucléaires sans granulations	0.2
Polynucléaires basophiles	0.6
Gros mononucléaires et lymphocytes	36.7

En somme, éosinophilie nette ; telle est l'unique anomalie de cette formule. L'examen des hématoblastes montra leur rareté relative ; on en trouvait moins que normalement, mais cette diminution était peu marquée.

La coagulation sanguine est absolument normale, le caillot se rétracte normalement et dans les délais voulus ; son aspect est normal. La jeune fille n'a aucun symptôme clinique d'hémophilie.

La recherche de la résistance globulaire montre une diminution de celle-ci. Avec le sang total (globules non déplasmatisés, méthode de Vaquez et Ribierre, modifiée par Chauffard et Rendu), elle débute au tube 60 et est totale au tube 30, alors qu'elle devrait normalement ne débuter qu'au tube 44 et n'être totale qu'au tube 12.

Résultats analogues avec le sang lavé et les globules déplasmatisés (méthode de Widal, Abrami et Brulé).

La recherche de l'oxyde de carbone dans le sang est négative.

Pas de pigments biliaires dans le sérum sanguin, ni d'urobiline dans l'urine. La culture du sang reste stérile.

Enfin, la ponction lombaire est pratiquée et montre une lymphocytose très nette (30 à 40 globules blancs par préparation).

En somme, il s'agit d'un purpura non rhumatoïde, survenu chez une jeune fille porteuse d'une induration du sommet droit ; purpura à poussées récidivantes, occasionnées par la marche ou la station debout ; ayant une topographie particulière (1) et s'accompagnant de lymphocytose rachidienne ; en somme, un purpura « myélopathique », voisin des purpuras « orthostatiques » décrits depuis quelques années. La tuberculose joue-t-elle un rôle dans la pathogénie ? Il est impossible de répondre à cette question ; cette maladie est tellement fréquente, qu'on ne peut attacher une grande importance à son existence chez notre malade.

Les données hématologiques et l'existence de la lymphocytose rachidienne retiendront davantage notre attention. Plusieurs auteurs insistent sur l'irrétractilité du caillot au cours du purpura et les modifications concomitantes du nombre des plaquettes (Hayem, Bensaude (2), Bensaude et Lenoble). Notre cas prouve que ces altérations de la coagulation et de la composition du sang ne sont pas dans tous les cas constantes dans le purpura (1). Il est vrai que, d'après Le Sourd et Pagniez (2), l'irrétractilité du caillot, l'absence de la diminution des plaquettes sont transitoires. On les trouve au moment de la poussée de purpura ; mais, quelque temps après, des examens ultérieurs permettent de constater la réapparition progressive des plaquettes, tandis que le caillot sanguin devient de nouveau rétractile. Mais nous avons pratiqué l'examen du sang en pleine éruption purpurique et, à deux reprises différentes : pendant la première poussée, au moment de l'entrée de la malade à la clinique; pendant les poussées atypiques qui suivirent cette première poussée. Nous échappons donc à la critique que l'on pourrait nous faire, d'avoir laissé passer le moment où les phénomènes de l'irrétractilité du caillot et de la diminution considérable des plaquettes avaient eu lieu.

D'ailleurs, Le Sourd et Pagniez avaient noté chez leur malade un état hémophilique se traduisant par « de la tendance accusée des moindres piqûres à une hémorragie persistante ». Or, nous n'avons noté rien d'analogue dans notre cas de purpura. Il y aurait peut-être lieu de distinguer, au point de vue hématologique, plusieurs sortes de purpura distinctes.

La diminution de la résistance globulaire nette de notre malade ne devait pas entraîner de destruction abondante des hématies, car nous n'avons trouvé chez elle aucun des signes par lesquels se traduit cette destruction. Il n'y avait ni subictère, ni augmentation de volume de la rate ni du foie, ni urobilinurie, ni cholémie. Ce qui prouve que la diminution de la résistance des globules rouges peut fort bien exister sans que se trouve réalisé le syndrome de l'ictère hémolytique.

On ne constatait pas d'hématies granuleuses.

Notons que dans le purpura, on a trouvé de l'augmentation de la résistance globulaire (3).

Quant à la lymphocytose rachidienne, la jeune fille n'étant pas syphilitique, il faut bien admettre qu'elle est liée à l'existence du purpura et qu'elle prouve la participation du système nerveux à la pathogénie de l'affection. Rappelons que cette lymphocytose a été mise en lumière par Grenet dans plusieurs cas (4).

(1) Cette distribution du purpura est loin d'être exceptionnelle. D'après certains auteurs, elle serait la preuve de l'origine nerveuse de l'affection, la disposition en bande longitudinale répondant parfois à des trajets nerveux ou des zones radiculaires.

ROGER. — Purpura métamérique, *Presse médicale*. 1902, p. 447.

RAMOND. — Purpura systématisé par intoxication salicylée, Soc. de med. des Hôp., 1904.

P. ARMAND-DELILLE. — Deux cas de purpura à topographie radiculaire, Soc. de Neurologie, 1905.

(V. aussi les travaux de FAISANS, le créateur de la théorie nerveuse du purpura).

Dans notre cas, cette disposition était des plus nettes à la cuisse ; mais il était impossible de la rattacher à la zone de distribution d'un nerf ou d'une paire radiculaire, car si l'on pouvait le faire à la cuisse où la distribution des taches répondait à la région innervée par le fémoro cutané interne, cela devenait impossible à la jambe. Néanmoins, cette disposition est à signaler, d'autant plus que la malade dit nettement que chaque fois que l'éruption apparaissait, elle se montrait sur les mêmes territoires, où elle affectait une disposition identique.

(2) BENSAUDE. — *Etat du caillot dans le purpura*, Soc. de biologie, 10 janvier 1904.

(1) D'ailleurs, si pour Bensaude l'irrétractilité absolue est le caractère des purpuras hémorragiques, pour Lenoble (le caillot et le sérum des purpuras. Arch. prov. de méd., 1900), elle ne s'observe que dans la maladie de Werlhof à forme chronique.

(2) *Un cas de purpura hémorragique avec disparition totale des plaquettes du sang*, Soc. de méd. des Hôp. de Paris, 12 juillet 1912.

(3) PARIS et SALOMON, dans quelques cas de purpuras chez les enfants ont constaté de l'augmentation de la résistance globulaire, légère pour la résistance maxima, notable pour la résistance minima (Soc. de biologie, 28 février 1903).

(4) Voy. thèse GRENET : *Pathogénie du purpura Recherches cliniques et expérimentales*, Paris, 1095.

GRENET. — *Réaction nerveuse dans le purpura exanthémathique*, Soc. de méd. des Hôp. de Paris, 29 juillet 1904.

Comment on traitait jadis
Comment il faut traiter aujourd'hui
LA BLENNORRAGIE

Par M. le Dr HENRY LABONNE
De la Faculté de Paris, Licencié ès-sciences
Médecin spécialiste à Marseille

Le traitement de la blennorragie, plus que celui de toute autre maladie, s'est longtemps ressenti de l'idée que se faisaient de l'urétrite vénérienne les médecins appelés à donner leurs soins aux malades.

A l'époque où on ignorait tout de sa nature infectieuse, pour n'y voir qu'un simple catarrhe de l'urètre, alors que le gonocoque de Neisser attendait encore sa découverte, la thérapeutique antiblennorragique était des plus sommaires. Aussi, convenait-on aisément que plus facile était de contracter une urétrite (même sans employer la recette de la femme blonde dont Ricord a laissé la formule célèbre) que de la guérir.

Le traitement usité par nos devanciers visait plutôt, en effet, l'assistance qu'il convenait d'apporter à la nature, qu'une médication véritable. Hygiénique soit, antiphologistique même, il ne prétendait en rien endiguer le flux urétral, et surtout en suspendre brusquement le cours ; son rôle, beaucoup plus modeste, se bornait à le canaliser, à laisser seule agir, le plus possible, la bonne nature *médicatrix. Primum non nocere.* « Laissez donc couler, disaient nos prédécesseurs, Diday en tête ; la suppuration, l'inflammation ne sont-elles pas des facteurs de défense naturelle qu'il importe de contrarier le moins possible ? » Aussi fallait-il voir, comme on laissait, suivant l'expression humoristique, « le coupable pleurer ses péchés », se contentant de diluer à la fois « l'urine et la douleur », à grand renfort de boissons émollientes, poudre des voyageurs et autres diurétiques, administrées au patient, soumis au repos le plus possible, en même temps qu'il devait s'abstenir de toute excitation du côté génital. Ce n'était qu'au bout d'une vingtaine de jours, à compter du début de l'écoulement, qu'on s'occupait de ce dernier. Le praticien appelait alors à son aide les balsamiques : jadis le vieil opiat, cubèbe et copahu, terreur des estomacs délicats et des reins, potion de Choppart ; plus près de nous, baume de Gurgum, et santals divers. Enfin, tout au déclin de la maladie, quand l'écoulement était devenu franchement muqueux, on l'attaquait directement, au moyen d'injections astringentes et substitutives.

Tel fut longtemps le seul traitement classique, le traitement des Ricord, des Mauriac, des Diday, des Jullien, des Fournier, etc. Ce n'était pas une méthode infaillible certes, mais enfin, elle agissait de son mieux. Pourvu que le malade fût docile, n'ait encore suivi aucun traitement local perturbateur, n'ait pris aucun remède interne susceptible de contrarier le cours de l'écoulement, avant la fin du troisième septénaire environ, ses chauds partisans affirmaient la certitude de la guérison. Et, pour obtenir celle-ci définitive, sans persistance de la moindre goutte suspecte, sans la présence de filaments blancs dans l'urine, ils ne réclamaient du malade que... six semaines de patience, de bonne volonté et de soins....

Hélas ! nous savons tous ce qu'il en arrive de la volonté des malades, et combien étaient nombreux les malheureux dont Tenesson pouvait dire avec raison : « qu'ils ont leur vie entravée et empoisonnée par une goutte de pus qui se présente tous les matins au méat urinaire, uniquement pour s'être insuffisamment soignés. » Trop heureux encore, quand ils avaient pu échapper aux complications de l'urétrite, telle que la redoutable orchite, autrement dangereuses à elles seules que l'affection initiale.

Dans ces conditions, qui éternisaient la blennorragie chez ses victimes, on comprend mieux avec quel enthousiasme fut accueilli partout et par tous la découverte de Neisser. Car il apparut de suite, à tous les partisans du nouvel agent infectieux, que rien de sérieux n'avait été jusque-là tenté contre lui. Comment croire, disaient-ils, qu'on pouvait avoir raison d'un écoulement spécifique, tant qu'on n'agissait point directement sur le malencontreux gonocoque seul auteur responsable de la blennorragie? Dès lors, comme s'il se fût agi simplement de débarrasser le canal de l'urètre des dépôts microbiens contenus dans le pus de l'écoulement, ne rêva-t-on plus que nettoyage et assainissement superficiels des muqueuses endolories et fluentes. Tous les liquides antiseptiques furent tour à tour employés. D'abord, et l'un après l'autre, les divers sels de mercure, puis le protargol, la résorcine, l'icthyol, l'acide phénique, l'acide borique, l'iodoforme porphyrisé, le chloral, la créosote ; puis les extraits résineux, les astringents, etc. J'en passe, et des meilleurs.

Enfin, survint Janet... et, avec le promoteur des grands lavages, la méthode antiseptique battit son plein. Etait-il désormais possible de croire que le microbe de la blennorragie pût résister aux directes et puissantes attaques de ce qu'on appelait le traitement abortif?

Malheureusement, ici encore, les résultats furent loin de répondre à d'aussi mirifiques espoirs. Si certains n'hésitaient point à voir dans les grands lavages au permanganate, le triomphateur du mal, et de toutes ses complications (??) d'autres moins emballés, meilleurs observateurs, d'accord en cela avec les malades déçus, mettaient bientôt une sourdine à leur enthousiasme. En effet, de cruels mécomptes ne tardaient point à survenir. Tous ceux que n'aveuglait point le fanatisme de la grande hydraulique urétrale devaient bientôt se convaincre que beaucoup d'épididymites, de balanites, de cystites, d'œdèmes du prépuce et du gland n'avaient point d'autre origine. Chose plus grave, il apparut même certain que c'était encore aux grands lavages, qu'il fallait faire remonter la cause d'une foule de rétrécissements, et le transfert du gonocoque dans la vessie, les uretères et les reins.

En revanche, le traitement abortif pouvait-il se prévaloir d'une notable diminution de la durée des phénomènes morbides? Pas davantage, et ceux-là qui se croyaient guéris, devaient, au bout de peu de temps, se rendre à l'évidence, en constatant que lavages et injections hâtives avaient à peine suspendu chez eux, pour quelques jours, un écoulement de pus qu'ils croyaient à tout jamais tari... Finger (de Vienne) l'avait dit d'ailleurs : « pour appliquer la méthode abortive, il faut d'abord savoir s'il y a, oui ou non urétrite postérieure ; la méthode ordinaire des injections au moyen de la seringue ne portant que dans l'urètre antérieur les liquides médicamenteux, ces injections ne sont d'aucune utilité pour la guérison de l'urétrite postérieure ; au contraire, toute urétrite postérieure concomitante, contre-indique absolument ce mode de traitement ». En ce qui concerne plus particulièrement les lavages, pour tirer quelque parti du fameux traitement, il y avait, d'autre part, pour qui voulait réellement réussir, deux autres conditions nécessaires à remplir : 1° n'opérer qu'au déclin, comme on le faisait autrefois, pour les injections astringentes ; 2° associer aux grands lavages le traitement interne par les balsamiques. « Certains échecs, convenait Balzer, se produisent de temps en temps, *même quand le traitement est bien fait. Aussi ne manquons-nous jamais de prescrire le traitement interne, en même temps que les lavages, et de le continuer un certain temps après que l'amélioration obtenue permet de suspendre leur emploi* ».

Ainsi donc, c'était pour en revenir de façon nullement équivoque, bien que légèrement détournée, aux traitements des vieux maîtres, qu'on imposait au patient des dérangements continuels, au praticien un outillage et une installation toute spéciale, pour pratiquer les grands lavages, que trop peu de malades étaient aptes à s'appliquer eux-mêmes comme ils devaient l'être! Et nous laissons ici dans l'ombre l'indiscrétion du permanganate, qui tache les doigts et les linges, pour qui n'a pas à sa disposition, pour la décoloration, l'indispensable bisulfite de soude ; la difficulté de préparer, au moment de chaque opération nécessaire, la solution de protargol, laquelle ne saurait se conserver! Que nous voilà donc bien loin du traitement vanté ! facile à suivre partout, même en voyage !!! Et à quoi dans la pratique aboutissait ce traitement si compliqué?

Si, abandonnant, pour quelques jours, la seringue et l'injecteur, les partisans irréductibles de Janet s'étaient armés du microscope, ils auraient eu pourtant la clef du problème et l'explication d'échecs qui constituaient, en réalité, une faillite véritable et trop fréquente de la fameuse méthode abortive et des grands lavages surtout administrés de façon trop précoce. Car ils auraient, de suite, vu ce que devaient bientôt découvrir les chercheurs. Ils auraient constaté que le microbe déposé au pourtour du méat, sur la surface du gland, ne tarde pas, sans aucune effraction des cellules épithéliales, à gagner au bout de trois ou quatre jours, et de proche en proche, autant en profondeur qu'en surface. Dix-huit heures à peine, après le début de l'écoulement, d'après Böckhardt, on le trouverait sous l'épithélium dans les espaces lymphatiques, et aussi dans les cryptes multiples dont la muqueuse urétrale est tapissée. Et, là, son développement serait intense tout le temps que durerait la période aiguë. Les variations apportées dans la nature histologique du pus, dès le deuxième jour du flux urétral, sont d'ailleurs bien faites pour renseigner sur la rapidité avec laquelle se fait cette propagation dans tous les sens. Il suffit de noter combien les éléments épithéliaux se font de plus en plus rares, alors que les globules purulents farcis de gonocoques se multiplient chaque jour davantage. Le microbe a abandonné l'épithélium, il vit et il s'accroît dans les lymphatiques, et ce n'est que lorsque l'affection commence à décliner qu'on le voit reparaître à la surface, et qu'on peut constater, de nouveau, dans le pus, l'abondance des cellules épithéliales.

Dans ces conditions, tout s'éclaire ! On comprend à quel point c'était perdre son temps que de s'acharner des semaines et des mois entiers à saturer des muqueuses d'antiseptiques, dans l'espoir d'y détruire le gonocoque qui se trouvait ailleurs ; on ne s'étonne plus que Crivelli et d'autres aient pu signaler la persistance de ce dernier dans l'unique gouttelette matutinale de pus, dernier vestige d'un écoulement chez un malade consciencieusement lavé et injecté pendant six semaines.

S'il était, en effet, logique de poursuivre la destruction *in situ* de l'agent infectieux lui-même, c'était à condition de pouvoir l'atteindre partout où il se trouve, et de le poursuivre là seulement où il se trouve : à savoir sous l'épithélium de la muqueuse, dans les glandes, dans le tissu conjonctif du chorion muqueux, dans les espaces lymphatiques, etc.

C'est justement parce que telle est l'action indéniable du pagéol que la « pagéolisation », s'il est permis de créer un néologisme, est devenue, ces dernières années, la véritable méthode, la seule que bientôt emploieront tous les praticiens soucieux de guérir, vite et bien, leurs blennorragiques.

Qu'est-ce donc que le pagéol? Un antiseptique interne plus actif, plus énergique, que tout autre? Un balsamique supérieur? Oui, et non, car, en réalité, il est tout cela, et mieux encore, si possible. Constitué par l'association des principes actifs de fabiana imbricata et d'hystérionica baylahuen, plantes jusqu'ici employées de façon purement empirique, et de bicamphocinnamate de santalol et de dioxybenzol, plus simplement nommé halifostan, le pagéol agit de façon décisive sur tous les microbes qu'il ne manque pas d'atteindre, sur toute l'étendue des voies urinaires, et sur les toxines qu'ils sécrètent. Mais, de l'avis de tous les praticiens, c'est principalement vis-à-vis du gonocoque qu'il est implacable, non seulement contre le gonocoque isolé, mais aussi contre ses associations microbiennes. Or, on sait que celles-ci comptent parmi les plus graves, et que c'est là justement le danger nouveau que fait courir aux blennorragiques, non seulement cette persistance indéfinie de leur écoulement, mais son unique prolongation au delà des limites où sa durée est classiquement admise. Absorbé par la muqueuse stomacale et immédiatement transporté dans le courant circulatoire, le pagéol pénètre partout, jusque dans l'intimité des éléments histologiques. Aussi, supprime-t-il en tous points la stase lymphatique, décongestionne-t-il entièrement sur toute l'étendue de l'arbre urinaire la muqueuse qui le tapisse. Et par cela même qu'il annihile, sur place, les effets de l'infection gonococcique, il en prévient (comme il est apte à les combattre d'ailleurs) toutes les complications : cystites, épididymites, néphrites, arthrites, rhumatismes, etc. Dans ces conditions, il agit véritablement comme aucun agent, soit interne, soit externe, n'avait pu agir avant lui, en déterminant une rénovation véritable des tissus envahis, dont il provoque le rajeunissement. Son action est constante, énergique, sans être jamais nuisible pas plus pour les organes génito-urinaires que pour les organes digestifs, et tous les estomacs, tous les intestins le supportent à merveille. Des travaux nombreux, des rapports aux Académies ont d'ailleurs consacré sa valeur ; contre le rhumatisme blennorragique (Bertrand), contre l'hypertrophie prostatique par la décongestion locale qu'il provoque (Lassabatie). On l'a même conseillé, et non sans raison, contre la tuberculose rénale (Semane), car, avec lui, quelle que soit l'affection en cause, les urines redeviennent claires, tandis que les mictions se font de suite, moins douloureuses. Pratiquement, que d'avantages ! ! Plus de lavages, plus d'injections urétrales à opérer, pour les hommes ; tout au plus pour les femmes doit-on recommander, plus que jamais, en cas de blennorragie, l'usage de la gyraldose de Duménil (traitement spécifique de toute vaginite, arrêtant très rapidement tout écoulement suspect). Il suffit donc, pour seul et unique traitement par la nouvelle méthode, de prendre, au début de chaque repas, jusqu'à complète guérison, de 15 à 20 capsules de pagéol dans les 24 heures ; quantités qui s'abaissent, des deux tiers, dans les états chroniques. Les résultats ne se font pas attendre ; ils sont tels que, vraiment, il serait bien difficile de vouloir exiger davantage, et qu'il paraît tout à fait impossible de pouvoir véritablement faire mieux.

Du nègre en boîte

Il paraît que les amateurs de conserves de viande sont exposés à manger du négrillon au lieu de bœuf.

Cette histoire, qui semble inventée comme les récits sur la légion étrangère, est rapportée sérieusement par un journal suisse.

La viande de petit nègre, dit-il, est exportée en Europe, pour des gourmets initiés, par « d'honorables négociants marseillais de Libreville », dont il donne les noms. On l'a vu figurer, dit-il, comme « Black Pemmican », sur la table d'un grand banquier du Jura bernois qui en avait régalé ses invités.

Il paraît même que cette chair humaine, apprêtée comme il convient, par un habile cuisinier, fit un jour son apparition clandestine à Berlin sur une table quasi-impériale.

Neurasthénie et tuberculose. La pseudoneurasthénie tuberculeuse

Par M. DE BLOCK
Médecin adjoint de 1re classe de l'armée belge

Certains cadres nosologiques, où l'on rangeait de façon univoque les affections les plus dissemblables, se trouvent être de plus en plus étroits et sont appelés à disparaître tôt ou tard de la pathologie.

A la synthèse hâtive des nouvelles entités morbides récemment découvertes et décrites succède tout naturellement une phase réactionnelle de critique et d'analyse fécondes. Les innombrables observations cliniques de tous les jours, jointes à l'application de plus en plus généralisée des méthodes de laboratoire, ébranlent les notions pathologiques assises sur les bases qui nous semblent les mieux établies. Enfin, des associations morbides, que rien ne permettait de soupçonner, se découvrent journellement et viennent redoubler la confusion ; de telle façon, qu'à l'époque difficile où nous sommes, il devient parfois impossible d'apprécier exactement les phénomènes qu'il nous est donné d'observer.

Il faut donc accueillir avec faveur toute tentative qui vise à replacer dans un cadre adéquat un ensemble symptomatique que plus rien ne semble relier.

La neurasthénie, à laquelle on attribue, sciemment ou non, les affections les plus disparates, a le plus grand besoin de traverser cette période d'épuration et de stratification à laquelle nous venons de faire allusion.

« Aujourd'hui plus que jamais», nous dit Crocq dans la *Revue de Neurologie* de mars 1912, « une confusion profonde et regrettable existe entre les différents états neurasthéniques.

« Malgré les innombrables travaux parus depuis vingt-cinq ans sur la neurasthénie, une incertitude très grande règne encore en ce qui concerne la définition même de ce terme.

« Je dirai plus, une confusion, de plus en plus marquée, paraît s'établir sur ce sujet, confusion entraînant, en pratique, des erreurs regrettables. N'entendons-nous pas à chaque instant nos amis déclarer qu'ils sont neurasthéniques ; ne lisons-nous pas couramment, dans les journaux, qu'un malheureux neurasthénique las de vivre, s'est suicidé. Dans nos asiles, n'apprenons-nous pas, à chaque admission, que le malade a été traité pour neurasthénie avant de devenir aliéné ; enfin, chose plus grave... ne voyons-nous pas tous les jours, dans nos cabinets de consultation, des patients atteints d'affections très dissemblables, qui nous sont adressés par des confrères avec l'étiquette de neurasthénie. »

Faut-il bannir de la terminologie nerveuse, ce mot trop vague et trop accueillant ? qu'il suffise de l'appliquer à bon escient et de s'abstenir de lui attribuer des états qui lui sont étrangers.

La neurasthénie, maladie autonome et acquise, répond encore à la description que nous en a donnée Charcot — du moins dans ses grandes lignes. Survenue à la suite de causes parfaitement ou imparfaitement définies, d'ordre moral ou non, telles que le chagrin, le surmenage intellectuel ou physique, le traumatisme, une infection, une toxi-infection, une intoxication, elle présente des symptômes constants ou stigmates : la céphalée, l'insomnie, la dépression cérébrale, l'asthénie neuro-musculaire, la rachialgie, la dyspepsie ; et des symptômes secondaires qui sont plus variables et qu'il serait fastidieux d'énumérer.

Selon que les symptômes cérébraux ou médullaires ont la préséance, l'affection se baptise cérébrasthénie ou myélasthénie.

La neurasthénie héréditaire ou constitutionnelle consiste en une prédisposition morbide à laquelle les circonstances rappelées plus haut peuvent donner, il est vrai, le coup de fouet pour se manifester, mais qui, dans la majorité des cas, trouve sa raison d'être en elle-même pour s'extérioriser. C'est ici que se rangent les cas plus complexes où la participation de troubles de l'ordre mental est presque de règle. Les obsessions les phobies de toute nature, l'auto-analyse et la fausse interprétation, les toxicomanies, bref, le déséquilibre mental, viennent se greffer sur l'affection primitive.

Faute d'avoir su distinguer ces deux genres d'affections, d'essence bien différente, on s'expose à commettre de lourdes erreurs de pronostic ; car si la neurasthénie simple est, dans l'immense majorité des cas, curable par un traitement approprié, il est triste de devoir avouer que les neurasthéniques constitutionnels retirent rarement un bénéfice durable des cures nombreuses auxquelles ils se soumettent et que leur traitement ne peut être que palliatif, puisqu'il ne peut atteindre la tare nerveuse indélébile.

Si l'on s'efforce de pénétrer plus avant l'étiologie de la neurasthénie acquise, on est tout surpris de rencontrer des cas ayant des affinités très marquées et présentant un caractère de famille assez typique. A ce propos, les relations unissant la tuberculose et la neurasthénie ne sont pas neuves et ne nous sont certainement pas étrangères. Il semble cependant que ce sujet jouisse d'un regain d'actualité à la suite des études de plus en plus étendues auxquelles on a soumis l'état psychique des tuberculeux.

Ce sera l'objet de cette étude de développer les considérations émises par le Dr Rudnitzky dans un remarquable article du numéro de juillet 1912, de la *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, basées sur une statistique qui permet de différencier une forme clinique de neurasthénie relevant uniquement de la tuberculose latente. Cette tentative n'est, remarquons-le, que le rajeunissement de la théorie de Papillon qui, dès 1900, parlait de neurasthénie prétuberculeuse dans les *Archives des Sciences médicales*.

Ce serait peut-être l'endroit d'esquisser ici, à grands traits, les réactions psychiques de la tuberculose. Qu'il me suffise de dire qu'elles sont fort variées, notamment d'après l'époque de la maladie où on les considère. L'euphorie bien connue des phtisiques, n'est en somme, qu'un symptôme presque tout à fait terminal et fut précédé le plus souvent d'une période d'affaiblissement mental, affectif et intellectuel. Köhler, dont les récentes études sont fort appréciées en Allemagne, a fait de grands efforts pour saisir le lien qui unit les troubles psychiques des tuberculeux. Il veut le considérer comme un trouble d'intoxication atteignant l'équilibre psycho-physiologique.

Quoi qu'il en soit, Heinzelmann avait judicieusement séparé la *faiblesse du caractère*, se manifestant par la mobilité de l'humeur, l'émotivité, l'irritabilité générale et une excitabilité légère, amenant assez souvent l'insomnie et la *faiblesse de l'intelligence*, sorte de lassitude cérébrale s'accompagnant d'affaiblissement du jugement avec perte de l'attention ! N'est-ce pas là l'image typique de la psychasthénie !

Achevons en disant que ces malades sont le plus souvent de parfaits égoïstes et qu'il leur devient rapidement impossible de rester adaptés à leur milieu, étant mécontents de tout et de tous. C'est surtout dans les sanatoria qu'il leur est permis de donner cours à leur mécontentement ; les accusations les plus ridicules, les plaintes les moins justifiées, les critiques les plus sottes, principalement au sujet de la qualité et de la préparation des aliments, les occupent continuellement. Ce ne sont pas seulement les personnes d'un niveau social peu élevé qui donnent dans ce travers. Lede insiste sur le fait que les classes dirigeantes ne jouissent d'aucune immunité et j'ajouterai, pour ma part, d'après ce que nous observons trop souvent : le milieu militaire — milieu discipliné s'il en fut — ne met pas les intéressés à l'abri de l'éclosion de pareils symptômes.

Pour clore cette parenthèse psycho-pathologique, faisons nôtres les conclusions de Piery émises dans son remarquable et récent traité sur la tuberculose pulmonaire.

« Les stigmates psychiques et mentaux du tuberculeux sont d'autant plus différenciés, plus affirmés que le processus tuberculeux est plus lent. C'est au tuberculeux latent que s'appliquent surtout les descriptions subtiles des littérateurs — j'ajouterai des observateurs. Quant à la psychologie du tuberculeux aigu, elle se réduit à quelques tendances particulières qui séparent à peine la tuberculose des autres maladies aiguës. »

La toute récente enquête qu'a menée le Professeur Weygandt et qu'il nous expose dans le no 6 de janvier, de la *Medizinische Klinik*, démontre la très grande fréquence de ces états psychasthéniques au cours de la tuberculose larvée. Certains médecins de sanatoria, interrogés à ce sujet, prétendent les observer sur 80 à 90 0/0 de leurs malades ; d'autres rencontrent des stigmates physiques de neurasthénie dans 50 0/0 des cas. Ces particularités nous étant mieux connues, la statistique, qui fait la base du travail de Rudnitzky et part d'un point de vue opposé, ne nous surprendra aucunement. Sur 1.000 malades de sa clientèle, il prélève les individus présentant divers états neurasthéniques et qui se trouvent être au nombre de 242. Ces cas sont partagés en trois groupes bien distincts. Le premier groupe comprend toutes les personnes portant une modification d'un des sommets pulmonaires ou une pleurésie latente à l'exclusion de toute affection d'une autre nature, il en trouve 173.

Le deuxième groupe renferme tous les cas imputables à une autre affection accompagnée ou non de manifestations tuberculeuses. Dans le troisième groupement, se rangent 22 cas de neurasthénie pure où l'observation la plus attentive n'a pu révéler l'existence d'aucune maladie organique juxtaposée. Ces derniers cas ne représentent donc que 9 0/0 de la statistique totale, alors que ceux où l'on rencontre des manifestations tuberculeuses, jointes à des symptômes neurasthéniques, constituent une énorme majorité.

Est-il admissible que cette concomitance soit l'effet du basard ; nous ne le pensons pas.

Quel est le lien intime qui peut rattacher les deux affections qui nous occupent, et comment pouvons-nous concevoir le mécanisme de leurs relations réciproques ? Ce problème est beaucoup plus complexe que la seule constatation du fait. Il peut se faire évidemment que des sujets tuberculeux soient porteurs de lésions cérébrales grossières qui sont des trouvailles d'autopsie, il ne peut s'agir ici que de simples coïncidences, dont Dupré et Camus nous rapportent des exemples. Là ne gît pas l'intérêt de la question, car les auteurs sont encore à la recherche des lésions histologiques de la corticalité cérébrale au cours de la tuberculose. La fièvre habituelle des phtisiques n'étant élevée qu'à la période d'hecticité, ne peut être davantage la cause de ces phénomènes ; ce ne sont ni l'asphyxie, résultat du manque de ventilation pulmonaire, ni l'inanition terminale du phtisique, qui peuvent expliquer de pareils désordres psychiques, car nous avons eu soin de faire remarquer que ces troubles sont surtout fréquents à la période latente de la maladie.

Il est plus admissible qu'il s'agit bien de troubles d'intoxication ; d'une imprégnation lente du système nerveux central par les toxines tuberculeuses mises en circulation, fait qui tend à se prouver par les recherches histologiques que l'on entreprend et qui d'ailleurs repose sur des constatations qui ne manquent pas d'intérêt. Il est bien certain que si la simple trituration de bacilles dans un laboratoire, ainsi que le rapportent Muels et d'autres expérimentateurs,

cause chez l'opérateur, par les émanations dégagées, du frisson, un mouvement fébrile, une fatigue et un abattement considérables, à plus forte raison, une imprégnation constante de l'organisme par des toxines venues de l'intérieur doit avoir une action considérable sur la cérébralité du malade.

On peut donc considérer l'intoxication tuberculeuse comme la cause primordiale des désordres cérébraux auxquels nous faisons allusion dans ce travail. Or, ces toxines exercent également une action hyposthénique manifeste et démontrée expérimentalement sur l'organisme tout entier. C'est ce qui explique que l'allure générale des symptômes observés permet de les confondre aisément avec des symptômes purement neurasthéniques.

Le symptôme fondamental de la neurasthénie reste toujours « une fatigue pathologique », une asthénie neuro-musculaire. Fleury ajoute très justement : « Cette fatigue rapide, ne peut être attribuée dans tous les cas à des causes d'ordre purement psychique ou au caprice du malade, puisqu'on peut l'observer, en une certaine mesure, dans la musculature du système circulatoire qui n'est pas soumise à notre volonté. La neurasthénie est donc une maladie du tonus en corrélation avec les conséquences psychiques qui en découlent. Les muscles sont en hypotonie tout comme les glandes sont en hyposécrétion. L'état psychique subit tout naturellement le contre-coup de ces phénomènes corporels. Le cerveau ne recevant des différentes parties du corps que des impressions de fatigue, de lassitude et de fonctions contrariées, réagit à sa façon par des sensations d'angoisse, de tristesse, de mécontentement, d'indécision, de faiblesse et d'abattement. La cause qui a amené le fléchissement du tonus est dans bien des cas une tuberculose débutante ! D'ailleurs un examen approfondi d'un malade de ce genre permet trop souvent de découvrir une lésion pulmonaire ou pleurale, signatures de la tuberculose.

L'hyposécrétion des glandes, sous la dépendance de la même cause, crée tout naturellement le syndrome digestif observé dans toute neurasthénie typique. L'atonie gastro-intestinale se déclare avec tout son cortège de symptômes : anorexie, digestion lente, gastralgie, état nauséeux, et tout ce qu'il est convenu de comprendre sous le nom de névroses gastriques, et de plus des symptômes intestinaux constitués principalement par des alternatives de diarrhée et de constipation. Remarquons que le meilleur traitement à opposer à ces différents troubles est précisément celui qui réussit dans une certaine mesure à maîtriser la tuberculose, j'ai nommé la suralimentation.

L'hypotonie vasculaire donne la clef des différents troubles circulatoires que l'on rencontre : palpitations et douleurs cardiaques et j'ajouterai la céphalée qui, bien que sous l'étroite dépendance des troubles gastro-intestinaux, relève également de l'anémie cérébrale.

L'on voit donc que certains symptômes cardinaux de la neurasthénie peuvent être imputés à bon droit à l'imprégnation tuberculeuse.

D'autres, tels que la rachialgie, si fréquente au cours de cette addition morbide, sont sous la dépendance de phénomènes bien curieux à observer. Il ne serait aucunement inadmissible d'établir un certain rapport entre les troubles de sensibilité et un empoisonnement de ces fibres sensibles par le poison tuberculeux. Il s'agit cependant ici d'une relation plus étroite et plus directe.

L'immense majorité des malades se plaint de douleurs thoraciques, voire même hémithoraciques ou localisées dans un domaine bien limité de cette région. De toute façon, ce sont les territoires d'innervation des nerfs intercostaux qui se montrent entrepris.

Sur 173 malades de la statistique, un certain nombre, 70 environ, accusaient un type myélasthénique bien net avec les douleurs et les paresthésies localisées dans une sphère thoracique plus ou moins étendue. D'autre part, 82 sujets furent trouvés porteurs d'une pleurésie latente indéniable, démontrée en surplus par la ponction exploratrice dans vingt cas. Or, sur ces 82 sujets, 12 à peine sont exempts de toute douleur, et les autres cas se superposent exactement aux prétendus myélasthéniques envisagés plus haut.

Peut-on démontrer plus clairement la relation étroite unissant les deux affections ? Il est évident, d'après ceci, que les lésions des plèvres, si riches en nerfs sensibles, jouent un rôle capital dans l'établissement des douleurs dont le caractère neurasthénique devient par le fait même fort sujet à caution. Résumons-nous : dans des cas nombreux, les symptômes cardinaux de la neurasthénie doivent être, justement, imputés à la diffusion des toxines tuberculeuses dans l'organisme, qui arrive à créer de toutes pièces une image pathologique qui ressemble étonnamment à celle de la neurasthénie pure.

Ayant démontré l'existence et suffisamment pénétré le mécanisme de ce curieux état morbide, il reste à mettre en relief quelques particularités cliniques et à tracer un rapide aperçu de la meilleure thérapeutique à suivre en de pareilles circonstances.

L'*étiologie* de cette pseudoneurasthénie d'origine tuberculeuse est, en somme, assez complexe. Toute tuberculose latente ne conduit pas nécessairement à cet état spécial, mais il faut le plus souvent qu'une cause déterminante surajoute son action propre. L'on rencontre, comme dans les autres neurasthénies, l'influence du surmenage mental et physique, des intoxications, des maladies infectieuses. Parmi ces dernières, il est à remarquer que l'influenza joue un rôle tout à fait prépondérant. La tuberculose qui, en une certaine mesure, est ou fut latente chez la plupart d'entre nous, ne demande qu'un moment propice pour se réactiver et sortir ses mauvais effets. Ce moment pathologique est la mise en action des facteurs que nous venons de citer.

Si l'on interroge l'*hérédité* de ces malades, on trouve souvent le passé familial entaché de tuberculose. Dans 34 des cas envisagés ici cette tare était manifeste.

Nous ne croyons pas devoir insister davantage sur l'allure générale de la maladie. Les *symptômes subjectifs* sont à peu de chose près ceux de la neurasthénie — de la neurasthénie acquise, bien entendu. La faiblesse généralisée ou asthénie neuro-musculaire occupe le tout premier plan de la symptomatologie. Les douleurs thoraciques sont également des plus fréquentes, soit qu'elles occupent le thorax tout entier, un hémithorax ou une région plus localisée encore.

Les *symptômes objectifs* sont, comme nous l'avons vu, des lésions pulmonaires ou pleurales, clef de voûte de la maladie. Ce sera une légère atteinte d'un des deux sommets révélée par une observation attentive et répétée, mieux encore, ce sera une pleurésie séreuse ou fibrineuse, insoupçonnée, qu'une ponction exploratrice ou tout autre signe viendront faire découvrir.

Un léger mouvement fébrile ne sera pas rare le soir. C'est une erreur assez généralement répandue de croire que les affections d'allure neurasthénique évoluent sans élévation thermique. Krafft-Ebing, qui s'était occupé de la question, avait cru pouvoir affirmer que les sensations de chaleur subjective dont se plaignent les neurasthéniques, ne s'accompagnent d'aucune modification de température. Des recherches toutes récentes de Parisot ont infirmé cette opinion, car, chez un certain nombre de malades, l'élévation thermique est réelle et peut s'observer par des méthodes plus délicates d'observation. Or, cette fièvre légère n'est le plus souvent que le fait d'une tuberculose au début de sa période active. Les symptômes d'ordre circulatoire, palpitations, etc., relèvent de l'hypotension artérielle, qui est de règle dans les affections tuberculeuses.

L'atonie gastro-intestinale domine la scène pathologique. Nous savons tous que le début de la tuberculose pulmonaire est caractérisé par des troubles digestifs, dont la seule présence suffit à jeter une certaine suspicion sur les individus qui les présentent. « Tous les tuberculeux ont été, sont ou seront dyspeptiques », a dit Grancher avec infiniment de raison.

Sachons donc que toute poussée tuberculeuse est marquée par une diminution d'appétit ; que cette anorexie s'accompagne d'éructations et de malaises variables allant de la tension épigastrique à la douleur vraie. La motricité gastrique est en outre presque toujours affaiblie et le chimisme est variable. Cette dyspepsie suit l'étiage de la maladie, elle s'améliore et s'aggrave avec elle.

L'*évolution* est des plus simples. En tant que neurasthénie, s'il faut lui conserver ce nom, l'affection appartient à la classe des neurasthénies curables, puisqu'un traitement approprié en a raison. Selon qu'elle est soignée en temps voulu, elle durera le plus souvent quelques mois à peine, parfois quelques semaines, rarement quelques années. Elle est au premier chef sous la dépendance de la prétuberculose qui en constitue le fondement et qui n'évolue que lorsque les causes de moindre résistance s'accumulent à plaisir.

Le *pronostic* est en somme assez bénin du moins lorsque les limites permises ne sont pas dépassées et que les manifestations pulmonaires en restent au stade d'imminence. Après quelques mois de traitement rationnel, si l'état local et général ne s'améliorent pas, on sera autorisé à porter un pronostic plus réservé.

Le *traitement* à opposer n'est pas bien exceptionnel ; les prescriptions à suivre se superposent exactement aux directives du traitement de la prétuberculose et de la neurasthénie. Ici comme là-bas, les malades retirent le plus grand profit du repos, du grand air et de la suralimentation, cette triade thérapeutique dont tant de patients ont retiré de précieux avantages. La suralimentation bien comprise porte remède à l'atonie gastro-intestinale et remonte l'état général du malade. Ce dernier se trouve, dès lors, dans un état de meilleure résistance et pourra se joner avec succès des toxines qui l'imprègnent. Inutile d'ajouter que l'état mental retire le plus grand profit de cette heureuse transformation et que de cette façon un double but sera atteint.

Les prescriptions médicamenteuses restent au deuxième plan. Les toniques, l'électrothérapie et l'hydrothérapie donnent de bons résultats (1).

* * *

La conclusion vraiment pratique qu'il y a lieu de tirer de cet essai est la suivante : auscultons nos neurasthéniques et auscultons-les soigneusement. Sans exagérer ni systématiser à outrance, il est permis d'affirmer que bien des cas obscurs s'illumineront d'un jour tout autre et assurément tout nouveau.

(1) En dehors de ce traitement préconisé par le Dr de Block, il n'est pas douteux que le Globéol qui donne de si heureux résultats dans le traitement de la tuberculose et de toutes les anémies ne produise également les meilleurs effets thérapeutiques dans les états de pseudo-neurasthénie tuberculeuse.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le Traitement préventif des néphrites chroniques douloureuses

Des causes multiples peuvent se trouver à l'origine de la néphrite chronique douloureuse.

L'affection, fréquemment, est d'origine infectieuse et survient à la suite d'une atteinte de grippe, de fièvre typhoïde, de rhumatisme, de paludisme, etc. D'autres fois, elle est consécutive à une intoxication et très souvent elle se lie à des atteintes de goutte ou de lithiase. Enfin, il est également manifeste que certaines causes mécaniques comme le rein mobile, des lésions utéro-annexielles, voire encore des traumatismes, peuvent aussi exercer leur influence étiologique.

La douleur apparaît souvent brusquement, soudainement, sans cause ; le plus souvent le début en est lent et insidieux. Elle est caractérisée par des élancements, des tiraillements, de la brûlure, de la constriction, elle est pulsatile, continue, avec exacerbations arrachant des cris au malade.

Localisée dans la fosse lombaire, plus marquée dans l'espace costo-iliaque, au voisinage de la colonne vertébrale, elle s'irradie à l'épigastre, à l'abdomen, en ceinture à la partie inférieure du thorax ou, suivant l'uretère, elle gagne l'aine, la racine de la cuisse, le testicule, la verge et même la vessie. Très variable, la durée des crises peut aller de deux heures à plusieurs jours avec accalmies de temps en temps.

Après le paroxysme douloureux, les malades éprouvent en effet un soulagement, mais incomplet, n'ayant rien de comparable à la sensation de bien-être qui suit la crise de colique néphrétique.

Lorsque la palpation est possible on sent le pôle inférieur du rein douloureux et abaissé.

Les urines émises restent en général dans les limites physiologiques. L'albuminurie est légère, dépassant rarement 0,25 centigrammes par litre. On trouve quelquefois des cylindres variés ; la présence des cristaux d'acide urique, d'urates, d'oxalates, de leucocytes et d'hématies est à peu près constante.

L'hématurie existe dans la moitié des cas, persistant trois, quatre jours, un mois et même un an chez certains malades.

Essentiellement chronique la néphrite douloureuse retentit peu sur l'état général, surtout tant que les lésions restent unilatérales ; mais, peu à peu, les accidents du brightisme apparaissent suivis de phénomènes d'urémie.

Comme on voit, la néphrite chronique est une affection grave et dont il convient d'autant plus de se préoccuper qu'une fois l'affection définitivement constituée, on n'a plus guère à lui opposer que le traitement chirurgical.

Or, si celui-ci donne souvent en pareil cas des résultats favorables, il n'en est pas moins certain que bien mieux vaudrait pour le malade pouvoir l'éviter.

C'est là, au reste, chose possible par un traitement préventif approprié et dont les circonstances étiologiques de l'affection indiquent quelle doit être la nature.

Le rôle joué en l'espèce par les manifestations arthritiques, notamment par la goutte, par la lithiase, par le rhumatisme, la présence constante dans les urines, comme nous le notions à l'instant, de cristaux d'acide urique, d'urates d'oxalates, indiquent nettement quelle doit être la nature de la médication à adopter. Ce sera naturellement celle que l'on oppose avec le plus de succès à ces diverses affections, c'est-à-dire la cure par l'urodonal dont les propriétés solvantes de l'acide urique et des composés xanthoxuriques que l'on retrouve toujours en pareil cas sont depuis longtemps connues et démontrées.

REVUE DE CLINIQUE

Traitement des hémoptysies tuberculeuses par l'émétine

Par M. Charles Flandin

Les propriétés antihémorragiques de l'ipéca sont de notion classique, et Trousseau considérait l'ipéca à doses nauséeuses comme le médicament essentiel de l'hémoptysie tuberculeuse. Récemment encore, M. Sergent (1) déclarait que l'ipéca était, selon lui, le meilleur traitement de l'hémoptysie.

Mais c'est une médication extrêmement pénible et la plupart des médecins hésitent à l'employer.

Nous nous sommes demandé si l'action favorable de l'ipéca était bien due à l'état nauséeux et à la chute de la pression artificielle qui l'accompagne.

Aussi avons-nous essayé de substituer à l'ipéca les injections d'émétine, celui des deux principes extraits de l'ipéca qui ne provoque pas de nausées et n'agit pas sur la tension artérielle.

Le premier cas que nous avons traité et dont nous avons rapporté l'observation avec notre collègue et ami Joltrain (2) a été des plus démonstratifs : l'injection de 0.04 centigrammes de chlorhydrate d'émétine a arrêté brusquement et définitivement une grande hémoptysie qui se poursuivait depuis quatre jours sans tendance à diminuer.

Depuis lors, nous avons pu, dans le service de notre maître M. le professeur Chauffard, appliquer l'émétine au traitement de sept hémoptysies et les résultats que nous avons obtenus ont été si encourageants que M. le professeur Chauffard nous a engagés à ne pas attendre davantage pour les faire connaître.

Voici le résumé des observations de nos malades :

Obs. I. — M[lle] L. P..., vingt-deux ans, blanchisseuse, sans antécédents morbides, est prise brusquement le 20 avril 1913, en se baissant pour ramasser un objet, d'une quinte de toux et elle rend la valeur d'un bol de sang rouge vermeil. Malgré le repos au lit et l'application de glace, l'hémoptysie se poursuit et on l'amène le 22 avril salle Moïana, dans le service de M. Chauffard A peine arrivée, elle a une hémoptysie de 250 grammes environ de sang rutilant, aéré.

A l'examen, submatité et râles fins au sommet droit.

Immédiatement, injection de 0 gr. 04 de chlorhydrate d'émétine sous la peau. L'hémoptysie s'arrête.

Le soir la malade émet seulement quelques crachats teintés de sang noir.

Cette expectoration se poursuit pendant deux jours, en diminuant progressivement.

Les deux jours qui suivent l'entrée, injection quotidienne de 0 gr. 04 d'émétine.

L'émétine, dans ce cas, a agi nettement sur l'hémoptysie.

Elle a été sans action sur la température qui est restée entre 37° 5 et 37° 8 et a continué à évoluer après l'arrêt de l'hémoptysie.

La tension artérielle n'a pas varié et a été toujours trouvée au Pachon à 13/9.

Obs. II. — P. B..., dix-huit ans, ébéniste, fils d'un tuberculeux, a eu une rougeole dans l'enfance. Petit et d'apparence chétive, il n'a cependant aucun symptôme fonctionnel de tuberculose.

Le 20 juin 1913, il tombe de bicyclette ; quelques jours après, il dit avoir rendu quelques crachats sanglants.

Le 23 et le 24, nouveaux crachats noirâtres.

Il entre à Saint-Antoine, salle Brissaud, n° 5.

A l'examen, on ne trouve aucun signe de fracture de côte. Par contre, on constate au sommet droit de la submatité et une respiration rude avec expiration sifflante, sans signes adventices. Pas de température.

Le 28 *juin*, la température monte à 37° 5 et à 8 heures du matin, brusquement, sans prodromes, se fait une grande hémoptysie de sang rouge, remplissant près de deux crachoirs.

A 11 heures, injection de 0,04 centigrammes d'émétine, alors que le malade est en pleine hémoptysie. Instantanément, le crachement s'arrête et, après les vingt-quatre heures qui suivent l'injection, on ne trouve dans le crachoir que dix petits crachats teintés de sang.

Le lendemain 29 juin et le 30 juin, on injecte 0.04 centigrammes d'émétine. L'hémoptysie ne s'est pas reproduite ; à peine trouve-t-on, le 29 juin, deux ou trois crachats jus de pruneau.

Le 1[er] *juillet*, débute un épisode nouveau : violent point de côté à gauche, frisson, poussée de température à 39° 6, apparition d'un bloc pneumonique à la base gauche. Le lendemain, crachats gelée de groseille, contenant en abondance du pneumocoque virulent.

On continue l'émétine le 1[er], le 2 et le 3 juillet. Les crachats gardent l'aspect rouillé qu'ils ont dans la pneumonie. Au bout de ce temps, la défervescence s'effectue et tout caractère sanglant des crachats disparaît.

Obs. III. — I. D..., vingt-quatre ans, tailleur, entre salle Brissaud, n° 4, le 3 juin 1913.

Petite hémoptysie la nuit précédente, quelques crachats sanglants le matin de son entrée.

Le début clinique de la tuberculose remonte à deux ou trois mois. Actuellement, on trouve de la submatité aux deux sommets, la respiration y est diminuée, l'expiration rude et, au sommet droit, en arrière, il y a quelques craquements après la toux.

Le 2 *juin* au soir et pendant toute la nuit, hémoptysie de sang rouge ; le 3 juin au matin, on trouve un crachoir et demi de sang rouge, et le malade continue à rejeter des crachats de sang pur rutilant, aérés. Injection de 0.04 centigrammes d'émétine.

L'hémoptysie s'arrête et le malade n'a plus que quelques crachats noirâtres.

Le 4 *juin* 0.04 centigrammes d'émétine. Il n'y a plus de sang dans les crachats.

Le 5 *juin*, vers le soir, un crachat légèrement rosé ; 0.04 centigrammes d'émétine. Les crachats redeviennent normaux.

La température est restée aux environs de 38 degrés. Elle descend progressivement.

La pression artérielle, prise avant et après chaque injection, est toujours de 13/8 au Pachon.

Obs. IV. — M. P..., vingt-neuf ans, comptable, salle Brissaud, lit n° 7, alcoolique, syphilitique depuis trois ans, est tuberculeux depuis un an environ et présente des signes de ramollissement au sommet droit.

Première hémoptysie très abondante le 25 et le 26 avril 1913, accalmie le 27 ; quelques crachats sanglants le 28. Le malade entre à l'hôpital et sous l'influence du repos, de la diète, de la glace, les crachats sanglants diminuent, mais le sang expulsé reste rouge vif.

Le 2 *mai*, à 11 heures du matin, grande hémoptysie de sang rouge, se répétant jusqu'à 4 heures du soir.

A 4 h. 15, en pleine hémoptysie, injection de 0.04 centigrammes d'émétine. Immédiatement, l'hémoptysie s'arrête. Les crachats continuent à être teintés de sang, mais de sang noir. La tension artérielle qui était, au Pachon, à 14.5/9,5 avant l'injection, a baissé, un quart d'heure après à 13,5/8. Aucune action sur le pouls.

Aucune action sur la température qui reste à 38.8. Le lendemain, température à 37 degrés.

(1) Société méd. des Hôp., séance du 11 avril 1913.

(2) Ch. Flandin et Ed. Joltrain. *Emploi de l'émétine dans le traitement d'une hémoptysie tuberculeuse.* Soc. méd. des Hôp., 17 avril 1913, n° 12, p. 764.

Nouvelle hémoptysie le 6 *mai*, à 8 h. 55 du matin, très abondante.

A 9 h. 15, injection de 0.04 centigrammes d'émétine. L'hémoptysie s'arrête immédiatement.

La tension artérielle passe de 14/10 à 12/8,5.

Pour prévenir le retour des hémoptysies, on fait, de deux en deux jours, une injection de 0.04 centigrammes d'émétine. Le premier jour, la tension baisse de 14/9 à 12.5/8.

Le deuxième jour elle reste à 14/8.

Le malade sort le 18 mai, sans avoir en de nouveau crachement de sang.

Obs. V. — Mme X..., cinquante-trois ans, ménagère, salle Moïana, n° 15, ramollissement tuberculeux du sommet droit.

Première hémoptysie abondante le 7 *juin* 1913.

Le 9 *juin*, hémoptysie très abondante de sang vermeil; on apporte la malade à l'hôpital. Dans la nuit du 9 au 10, elle remplit un crachoir de sang pur.

Alors qu'elle est en pleine hémoptysie, le 10 *juin*, injection de 0,04 centigrammes d'émétine. Arrêt immédiat de l'hémoptysie. Pendant deux jours, crachats noirâtres.

On continue par précaution les injections d'émétine pendant deux jours.

Aucune action sur la pression artérielle, qui reste à 12/8, et sur la température, qui reste entre 37°8 et 38°2.

Obs. VI. — G. M..., cinquante-trois ans, marchand des quatre-saisons, salle Brissaud, n° 13, Signes de ramollissement au sommet gauche, caverne au sommet droit.

Pas d'hémoptysie antérieure.

Le 18 *mai*, alors que le malade était à l'hôpital depuis cinq jours, brusquement, à 6 heures du matin, à propos d'un effort de défécation, forte hémoptysie remplissant plus de deux crachoirs de sang rutilant.

Dans la matinée, l'hémoptysie persiste et remplit un nouveau crachoir.

Injection de 0,04 centigrammes d'émétine. L'hémoptysie s'arrête immédiatement et il n'y a plus dans la journée que les crachats nummulaires habituels, certains teintés de sang noir.

Les 19, 20 et 21 *mai*, 0.04 centigrammes d'émétine.

Le 22 *mai*, toute trace de sang a disparu.

Aucune action sur la tension artérielle : 10.5/7,1, ni sur la température qui reste aux environs de 38 degrés.

Obs. VII. — Mme G. M..., quarante-deux ans, ménagère, salle Moïana, n° 12, sans antécédents tuberculeux, est prise brusquement, pendant son travail, le lundi 30 juin, d'un très abondant crachement de sang. Elle entre à l'hôpital le 1er juillet, et, dans la nuit du 1er au 2 remplit deux crachoirs de sang pur et un le matin du 2.

L'injection de 0,04 centigrammes d'émétine semble arrêter le crachement de sang.

Vers cinq heures du soir, nouvelle hémoptysie arrêtée par l'injection de 0,04 centigrammes d'émétine.

Cependant le 3 juillet, l'hémoptysie reparaît malgré l'injection en deux fois de 0.08 centigrammes d'émétine.

Le 4 *juillet*, même état.

Dans ce cas, l'injection d'émétine ne semble pas enrayer l'évolution. Cependant, chaque fois que l'hémoptysie reprend, l'émétine l'interrompt

On assiste au même phénomène qui se produit lorsqu'on traite une hémoptysie rebelle par le nitrite d'amyle. L'inhalation de quelques gouttes de nitrite d'amyle coupe l'hémoptysie au moment où elle se produit. Mais l'effet ne se prolonge pas et il faut intervenir à chaque réapparition du sang.

Nous avons d'ailleurs, dans ce cas, substitué le nitrite d'amyle à l'émétine. L'évolution de l'hémoptysie n'a pas été modifiée. La malade a continué à cracher du sang pendant une semaine. La température est restée aux environs de 39 degrés. Les signes d'auscultation montrent une tuberculose du sommet gauche à marche rapide ; matité et râles sous-crépitants se sont considérablement étendus en une quinzaine de jours. En même temps apparaissent quelques râles fins au sommet droit.

Les sept observations que nous venons de rapporter, ajoutées à celle que nous avons publiées avec Joltrain, portent à huit les hémoptysies que nous avons traitées par l'émétine.

Sur ces huit cas, il y en a un où l'émétine n'a pas enrayé l'évolution de l'hémoptysie ; mais, même dans ce cas défavorable, l'injection d'émétine semble avoir eu une action inhibitrice momentannée.

Les sept autres cas ont donné des résultats qu'on n'est pas habitué à observer avec les traitements ordinaires. Ce qui est frappant, c'est l'arrêt immédiat d'une hémoptysie qui s'annonce comme dramatique. Evidemment, le malade rejette sous forme de petits crachats noirâtres le sang épanché dans son poumon, mais l'hémorragie proprement dite s'arrête instantanément après l'injection.

L'action antihémorragique ne se prolonge pas très longtemps.

Il nous paraît prudent, après avoir coupé l'hémoptysie par une première injection, d'en refaire une par jour pendant trois ou quatre jours, Dans certains cas, on sera amené à faire deux piqûres par jour.

Nous avons pu constater à nouveau, au cours de ces traitements, l'innocuité absolue de l'émétine aux doses de 0 gr. 04 à 0 gr. 12 par jour.

Quant au mécanisme par lequel l'émétine arrête les hémoptysies, nous n'avons pu encore l'élucider.

L'action sur la pression artérielle est généralement nulle.

L'action sur la coagulabilité du sang paraît également nulle : l'addition de quantités même fortes d'émétine à du sang *in vitro* ne modifie pas le temps de coagulation ; le sang d'homme ou d'animal examiné avant et après l'injection d'émétine se coagule dans le même délai qu'avant. Des examens faits avant et après l'injection nous ont montré aussi que le pourcentage des globules rouges, des globules blancs et des plaquettes restait à peu de chose près le même.

D'ailleurs, il ne semble pas que l'émétine ait une action anti-hémorragique d'ordre général ; nous avons injecté 0 gr. 08 d'émétine à une typhique atteinte de grande hémorragie intestinale, sans obtenir l'arrêt du saignement.

De même une femme atteinte de métrite hémorragique n'a pas vu son écoulement modifié malgré l'injection de 0 gr. 04 d'émétine répétée pendant quatre jours.

En somme, l'émétine paraît avoir, vis-à-vis des hémoptysies, une réelle action d'arrêt.

Ce n'est pas un médicament infaillible, mais c'est un médicament actif, facile à employer et inoffensif (1).

(Travail de la Clinique du professeur Chauffard à l'hôpital Saint-Antoine.)

REVUE DE CHIRURGIE

Cure radicale de l'éventration par la suture métallique à fil perdu

Par les Docteurs

G. ROUX DE BRIGNOLES, chirurgien des hôpitaux, et EMILE WEILL, chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine

Les résultats obtenus dans la cure radicale de la hernie inguinale par la suture à fil métallique perdu nous a conduits à employer le même procédé pour la cure radicale des éventrations. Un certain nombre de malades opérés depuis un temps variable, nous ont donné d'excellents résultats, dont certains remontent déjà à une époque assez éloignée pour que la prenve soit faite de la valeur du procédé.

Malheureusement, il n'est pas facile de décider une malade à montrer sa paroi abdominale à une assemblée, fût-elle même de docteurs ; aussi avons-nous profité de la bonne volonté de la dernière que nous avons opéré pour vous la présenter, bien que l'opération soit de date trop récente pour être absolument démonstrative.

Il s'agit d'une femme jeune encore (28 ans), mais obèse, qui avait subi, il y a 2 ans environ, une laparotomie pour hernie ombilicale et appendicite, et qui a présenté quelque temps après une éventration sur toute la hauteur de la cicatrice. En appuyant la main sur l'abdomen on sentait sur une hauteur de 15 centimètres environ, les deux muscles droits séparés par un intervalle de deux travers de doigts environ : ces muscles paraissaient solides, et lorsque la malade se levait, on voyait saillir entre eux les viscères abdominaux que l'on percevait directement sous la peau.

Donc, éventration large chez une femme jeune mais chez laquelle l'obésité pouvait faire redouter des incidents opératoires et post-opératoires en cas d'intervention prolongée.

C'était le cas type pour l'indication de la méthode du fil perdu.

L'intervention a eu lieu le 25 avril ; les deux extrémités de la cicatrice étant soulevées par deux pinces à griffes, il nous fut facile de tailler une côte de melon assez large pour passer sûrement en dehors de la zone d'adhérences ; nous allons d'emblée jusqu'à l'aponévrose, puis, nous dirigeant en dedans, nous disséquons au ras de la peau, qui était transparente en ce point, le sac péritonéal ; malgré toutes les précautions, il est fait deux petits trous dans le péritoine, qui furent fermés immédiatement par deux points de catgut. L'aponévrose étant bien mise à nu sur tout le pourtour de la fente, nous passâmes un long fil d'argent sur les deux lèvres de l'éventration, à la façon d'un lacet de soulier.

Arrivés aux deux tiers du trajet, ce fil qui malheureusement était trop fin, cassa et nous dûmes recommencer. Le même accident se produisit une seconde fois, ce qui nous décida à employer un fil sensiblement plus gros. Pour éviter la même mésaventure, nous arrêtâmes le fil à chaque croisement, nous supprimant ainsi la possibilité d'enlever facilement le fil en cas d'intolérance. Il résista cette fois, et notre suture se termina sans encombre ; quelques points profonds nous permirent de capitonner toute l'épaisseur de la peau et de la graisse sousjacente après que nous eûmes mis un drain sur toute la hauteur de la suture, La peau fut réunie par un surget au fil de lin.

Les suites furent à peu près normales, le drain fut enlevé le 3e jour, mais il ne nous mit pas à l'abri d'un hématome qui nous inquiéta un peu pour l'avenir de notre fil ; un attouchement du trajet à la teinture d'iode arrêta tout écoulement, et la malade était complètement cicatrisée au bout d'une douzaine de jours.

Un mois après l'intervention, la cicatrice, encore un peu rouge, n'était pas douloureuse, sauf en un point supérieur qui correspondait à l'arrêt du fil ; cette sensation s'est depuis atténuée et a disparu totalement.

Nous appellerons l'attention sur les considérations suivantes :

1° Le mode de placement du fil :

Le milieu de l'anse correspond à une des extrémités de la solution de continuité. Le fil est passé de droite à gauche ou de gauche à droite, à travers muscles et aponévroses jusque et non compris le péritoine. Les deux chefs sont entrecroisés : l'extrémité droite du fil se trouve donc

(1) Soc. médic. des hôp.

à gauche et inversement ; pour la ramener à droite, l'aiguille pour le point suivant va chercher le fil droit en piquant à droite devant le péritoine et ressortant à gauche à travers les mêmes couches : même manœuvre inverse pour le chef opposé. Il y a donc eu un premier croisement en avant de la paroi, un deuxième en arrière et jamais le fil ne se trouve pris entre les lèvres de la plaie ; la manœuvre se répète identiquement pour les points suivants.

Dans le cas particulier, de crainte que le fil trop tendu ne vînt à couper la paroi, au lieu de croiser directement en X, nous avons cru bon de faire, entre deux points, cheminer un instant l'aiguille parallèlement à l'axe de la plaie, ce qui a eu en outre l'avantage de mieux présenter les lèvres destinées à s'accoler par la suite.

2° Les indications de la méthode :

Elles proviennent directement des contre-indications des autres procédés ; ceux-ci (méthodes de déboublement) sont des procédés plus anatomiques et, par conséquent, sont appelés à rapprocher davantage la paroi ainsi reconstituée de son état primitif, mais ce sont des opérations toujours longues, nécessitant une anesthésie prolongée, ce qui n'est pas sans inconvénient en général et devient un danger pour toute une catégorie de malades.

Le procédé de dédoublement restera donc la méthode de choix pour les sujets jeunes et sans tares, la suture au fil perdu sera tout indiquée chez les faibles incapables de supporter une intervention longue, chez ceux où la durée de l'anesthésie doit être réduite au minimum.

Nous pouvons, du reste, la conseiller d'autant plus que les résultats éloignés que nous avons dû contrôler ne le cèdent en rien à ceux que l'on obtient par les autres procédés. (1).

(1) *Soc. de chir. de Marseille.*

REVUE D'UROLOGIE

Valeur de la Prostatectomie partielle

Par M. le Docteur M. THÉVENOT

Le terme de prostatectomie partielle éveille le souvenir des premières et timides interventions faites sur la prostate au cours d'une cystostomie ; le chirurgien, trouvant dans la vessie un lobe plus ou moins saillant, le détachait d'un coup de ciseau et laissait en place le reste de la glande, bien qu'elle fût hypertrophiée dans son ensemble. Nous savons, à l'heure actuelle, ce qu'il faut penser de cette façon de faire, et il ne viendrait à l'idée de personne d'escompter un résultat bien favorable d'une pareille opération.

Les cas sur lesquels j'ai l'honneur d'appeler l'attention, au nom de M. Rochet et au mien, sont tout différents. Ils concernent des sujets porteurs d'une prostate peu volumineuse, scléreuse, ne paraissant contenir aucun adénomyome lorsqu'on se borne à faire le toucher rectal ; pratique-t-on une cystoscopie, on aperçoit un lobe médian plus ou moins saillant dans l'intérieur de la vessie. Le fibrome prostatique n'est pas central, inclus dans l'épaisseur des lobes, il est implanté seulement sur la base de l'organe, et, par un développement en quelque sorte excentrique, fait saillie dans la vessie.

Il y a quelques jours, M. Rochet eut l'occasion d'intervenir dans un cas semblable, chez un vieillard qui présentait un résidu d'un litre et qui était obligé de se sonder à chaque instant. Après cystostomie sus-pubienne, on voyait en arrière du col un noyau fibromateux qui surplombait l'urètre et on apercevait sous la muqueuse vésicale, en avant et de chaque côté de ce premier noyau, deux autres nodules plus petits.

La muqueuse vésicale fut incisée circulairement comme l'indique Freyer, le décollement des masses fibromateuses fut amorcé, mais il ne fut possible d'enlever qu'un petit croupion, du volume de la première phalange de l'index. Le reste de la prostate n'était pas hypertrophié, mais scléreux et ne renfermait aucune masse énucléable.

En recherchant dans les observations de la clinique, nous avons retrouvé 7 cas analogues que je résumerai en quelques mots :

Chez le premier, on enleva, à la pince coupante, il y a six ans, un croupion assez volumineux. Le résultat s'est maintenu excellent depuis cette époque ; le malade a été revu à diverses reprises. Le second fut opéré il y a quatre ans, dans les mêmes conditions ; le résultat fut tout aussi satisfaisant.

Deux malades ont présenté une nouvelle poussée fibromateuse dans la portion de la glande restée en place. L'un fut opéré en 1903 ; à la pince coupante, on lui enleva un gros lobe moyen en croupion. Trois ans après, on constatait chez lui le retour des accidents dysuriques et une hypertrophie complète des deux lobes latéraux de la prostate.

L'autre avait été opéré en 1901 ; on lui avait enlevé trois petites tumeurs pédiculées, du volume de petites noisettes et surplombant le col. Pendant les premiers mois qui suivirent l'opération, la miction fut considérablement améliorée, puis les troubles dysuriques revinrent en même temps que les lobulations cervicales.

Enfin, trois malades ont été perdus de vue. Chez l'un, on avait excisé, à la pince coupante, deux saillies du volume d'une noisette ; chez un autre, un fibrome du volume d'une petite noix ; chez le troisième, une petite masse pédiculée sus-cervicale.

En résumé, quatre malades sur huit ont été suivis suffisamment longtemps ; ils nous fournissent deux cas favorables et deux récidives. Notons qu'il s'agit toujours de tumeurs bénignes, et non de dégénérescence maligne de la glande.

Quelle conclusion tirer de ces divers faits? L'éventualité d'une prostatectomie partielle ne saurait être, à l'heure actuelle, envisagée qu'à propos de formes rares d'hypertrophie de la prostate : hypertrophie du lobe moyen avec sclérose du reste de la glande. En raisonnant par analogie avec ce que l'on fait pour l'hypertrophie ordinaire de la prostate, il semble que l'énucléation sous-capsulaire du fibrome, après cystostomie sus-pubienne, soit l'intervention de choix. C'est, en effet, une théorie qui pourrait être défendue, et M. Rochet, dans un ouvrage récent (Rochet : Quelques données nouvelles de clinique et thérapeutique urinaire, Lyon, 1906), rapporte l'opinion favorable de Louiseau, Mac Gill, Mayo-Robson, Harison, etc.

Il nous paraît cependant, à l'heure actuelle, que cette intervention est souvent insuffisante, et qu'il faut faire plus. Enlever, par voie sus-pubienne, tout le reste de la glande et non une tumeur encapsulée, est, on le voit, une opération difficile ; aussi ne serions-nous pas éloignés, pour des cas analogues, de recourir à la prostatectomie périnéale, qui permet, mieux et avec moins de dangers, l'ablation *totale* de la prostate (1).

(1) Soc. de chir. de Lyon.

REVUE DE RADIUMTHÉRAPIE

Sur la régression des Tumeurs à pronostic grave sous l'Influence du Radium

D'après MM. les docteurs Dominici, Henri Chéron et Rubens-Duval, le traitement des tumeurs à pronostic grave par le radium est susceptible de donner d'intéressants résultats. Leurs recherches thérapeutiques ont, en effet, montré aux trois auteurs que ce traitement détermine, d'une façon régulière, la guérison des angiomes profonds et la guérison fréquente des cancers superficiels.

A l'égard des cancers profonds, le radium, dans ces essais, fut, en général, utilisé à un point de vue purement palliatif et sa mise en jeu fut suivie, dans la plupart des cas, d'une amélioration temporaire.

Toutefois, le résultat obtenu paraît équivaloir à une guérison pour certains cancers profonds de la parotide, du cou, de l'utérus, par exemple, dont la régression, complète au point de vue clinique, persiste depuis trois ou quatre années.

Malgré les résultats favorables de l'action exclusive du radium à l'égard de quelques tumeurs malignes profondes, les auteurs estiment que la façon la plus avantageuse d'utiliser cet agent thérapeutique est d'en combiner les effets à ceux de la chirurgie.

CARNET DU PRATICIEN

Dyspnée d'ordre névropathique

Repos au lit, puis :

Bromure de potassium	10 gr.
Eau de laurier-cerise	10 gr.
Sirop d'éther	30 gr.
Hydrolat. de valériane	120 gr.

3 cuillerées par jour.

En cas de douleurs quand le malade respire, injection de un centigr. de morphine.

Dysménorrhée

Résine de gaïac	112 grammes
Carbonate de potasse	5 gr. 40
Poudre de piment	28 grammes
Alcool faible	567 cc.

Macération huit jours, filtrer. — Une cuillerée à café trois fois par jour.

Ou mieux, prendre de dix à douze comprimés de faudorine par jour, par deux à la fois, toutes les deux heures.

Traitement de la pneumonie.

Le Dr Kolipinski (de Washington) préconise l'administration du mercure et du soufre associés de la manière suivante :

Bichlorure de mercure	0 gr. 03
Soufre précipité	8 —
Eau bouillante	120 —

Une cuillère à thé toutes les deux ou trois heures.

Eczéma séborrhéique du visage.

Lavages peu fréquents à l'eau chaude, et appliquer le soir la pommade suivante :

Résorcine	0 gr. 25
Huile de bouleau	1 gramme
Oxyde de zinc	4 —
Lanoline	8 —
Vaseline	12 —

Le matin, après la toilette, poudrer avec la poudre :

Soufre précipité	1 gramme
Poudre de talc	50 —

Prendre une demi-heure avant chacun des repas deux comprimés de sinubérase délités dans un demi-verre d'eau sucrée.

Contre les intoxications.

Dans le cas d'intoxication par des alcaloïdes, des végétaux toxiques, de l'arsenic, de l'iode, etc., on peut recourir à la préparation suivante connue sous le nom d'antidote multiple de Jeannel :

a) Magnésie calcinée	75 grammes
b) Charbon granulé	40 —
c) Eau	800 —
d) Solution de sulfate de fer par à 45° Baumé	100 grammes

Délayer *a* et *b* dans *c* (eau), ajouter *d*, agiter violemment : il se produit un précipité abondant qui est recueilli et administré largement, par doses de deux à trois cuillerées à soupe.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 10.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZA...

VARIÉTÉS

La Lèpre en Indo-Chine

La lèpre en Indo-Chiue est inégalement répartie. On évalue à environ 4.000 à 5.000 le nombre des lépreux an Tonkin et à 5.000 et 6.000 celui des lépreux en Cochinchine.

En Annam, au Laos et au Cambodge. la lèpre n'existe qu'à l'état de foyers épars sans tendance à l'extension.

De tout temps, les Indo-Chinois ont considéré la lèpre comme une maladie contagieuse et ont pris, à l'égard des lépreux, certaines mesures d'isolement.

En 1903, un arrêté local du 18 juillet prescrit l'isolement des lépreux et la création de la léproserie de Culao-Rang, en Cochinchine.

En 1905, l'arrêté du 15 septembre portant réglementation de la protection de la santé publique en Indo-Chine stipule (art. 6) que le gouverneur général détermine les mesures à prendre à l'égard des lépreux.

En 1909, en exécution de ces prescriptions, l'arrêté du 4 décembre interdit aux lépreux la circulation sur les voies publiques, l'accession aux emplois publics et l'exercice de certaines professions.

En 1910, la mise en application de l'arrêté du 4 décembre 1910 a été entreprise dès le début de 1909.

I. — Au Tonkin, dès cette époque, il convient de signaler l'installation d'un véritable village de lépreux à Haïduong et la plus complète organisation de la léproserie de Trè-Traong, à 11 kilomètres d'Hanoï, léproserie qui existait déjà depuis plusieurs années (1905).

La province de Thaï-Binh a organisé une colonie agricole.

II. — En Annam, l'isolement des lépreux est encore laissé à l'initiative des provinces. Le nombre relativement restreint des lépreux de cette région diminue les dangers d'extension.

III. — En Cochinchine, l'arrêté du 4 décembre 1909 permet une plus complète organisation de l'importante léproserie de Culao-Rang.

IV. — Au Cambodge, les lépreux cambodgiens sont isolés en dehors des villages et les lépreux chinois sont expulsés.

V. — Au Laos, la plupart des lépreux vivent à l'écart des villages, dans des paillottes individuelles, à la charge de leur famille ou bien d'aumônes quand ils n'ont pas de parents. La Résidence supérieure a prescrit récemment le groupement des lépreux au village de Nam-Lun, à 25 kilomètres en aval de Quang-Prabang.

En 1912, un arrêté du 11 janvier confie la direction des léproseries du Tonkin au docteur Barbezieux, médecin de l'Assistance en Indo-Chine, avec un budget global de 37.239 piastres.

L'arrêté du 31 décembre prescrit l'isolement des lépreux :

a) Soit dans la léproserie de Tre-Truong;

b) Soit dans les colonies agricoles du modèle de Van-Mou (province de Thaï-Bing) ;

c) Soit exceptionnellement, à domicile.

On compte, à la fin de 1912, une vingtaine de léproseries provinciales, savoir : Bac-Giang, Bac-Ninh, Hadong, Haiduong, Hai-Ninh, Ha-Namh, Hao-Binh, Hung-Yen, Kien-An, Lang-Son, Lao-Kay, Nam-Dinh, Ninh-Binh, Phu-To, Phuc-Yen, Son-Tay, Taï-Binh, Vinh-Yen, 2e territoire militaire, 5e territoire militaire.

ÉCHOS

Service autonome de désinfection

Loi complétant l'article 7 de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, en vue d'autoriser exceptionnellement les villes de moins de 20.000 habitants à avoir un service autonome de désinfection.

Article unique. — L'article 7 de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique est complété ainsi qu'il suit :

« Les communes de moins de 20.000 habitants qui, facultativement, auront créé un bureau d'hygiène pourront être exceptionnellement autorisées par le ministre de l'Intérieur, sur avis conforme du Conseil supérieur d'hygiène, à avoir un service autonome de désinfection. »

Congrès de Chirurgie

L'Exposition, annexe du Congrès de chirurgie, à la Faculté de Médecine, comptait, comme chaque année, nombre de créations intéressantes; mais au point de vue nouveautés, c'est, nous parait-il, le matériel afférent au traitement médico chirurgical par l'air chaud, qui tient le premier rang. Dans cette branche spéciale, les ingénieurs constructeurs Rupalley et Cie, maintiennent leur suprématie. Leur dernière création l'*Aéro thermogène*, magnifique appareil permettant toutes les applications de l'air chaud, depuis 40° jusqu'au delà de 700° sous pression variant de 10 à 120 gr. a fait l'admiration des congressistes les plus éminents parmi lesquels nous avons remarqué MM. les professeurs Balzer, Barr, Pozzi, Quénu, Dausset, etc. qui ont paru s'intéresser vivement à cet appareil dont le prix. 400 francs, est des plus abordables.

MM. Rupalley et Cie, construisent également des appareils plus légers : l'*Aéro-thermo*, l'*Electro-aéro-thermo*, etc., qui peuvent être vus dans leurs magasins, 27, rue de Berlin, Paris.

Une retraite pour les médecins

Le docteur cubain, Francisco M. Fernandez, qui est en même temps député, vient de déposer à la « Chambre des représentants de son pays le projet de loi suivant : « Le médecin est l'homme dont on abuse le plus et qu'on rétribue le moins, à de rares exceptions près, et cependant ceux qui se consacrent à cette profession exposent leur vie à tout instant. En plus des risques qu'ils courent et des responsabilités très grandes qu'ils endossent, c'est chez eux que l'on trouve le moyenne de mortalité la plus élevée. Aussi nous demandons une retraite annuelle de 4.500 francs pour tout médecin ou chirurgien pauvre, originaire de Cuba, et âgé de soixante ans, qui sollicitera du Gouvernement cette pension. Cette dernière pourra être accordée aussi aux médecins âgés de moins de soixante ans et dans l'incapacité absolue d'exercer leur profession et de gagner leur vie. »

Voilà un projet de loi dont nos confrères européens pourront durant longtemps attendre le dépôt !

Les familles françaises.

La statistique des familles françaises vient d'être publiée par le ministère du Travail.

Il en résulte que l'on compte, en France, 11.317.434 foyers avec ou sans enfants. Ce total se décompose ainsi.

1.805.744	familles	n'ont	pas	d'enfant
2.967.571	—	ont	1	enfant
2.661.978	—	ont	2	—
1.643.425	—	ont	3	—
987.392	—	ont	4	—
566.768	—	ont	5	—
327.241	—	ont	6	—
182.998	—	ont	7	—
94.729	—	ont	8	—
44.728	—	ont	9	—
20.639	—	ont	10	—
8.305	—	ont	11	—
3.508	—	ont	12	—
1.437	—	ont	13	—
554	—	ont	14	—
249	—	ont	15	—
79	—	ont	16	—
34	—	ont	17	—
45	—	ont	18 et plus	

L'exercice des professions médicales au Maroc.

L'exercice des professions de médecin, pharmacien, sage-femme, n'était soumis, jusqu'à présent au Maroc à aucune réglementation. L'augmentation rapidement croissante de la population européenne rendait la situation dangereuse.

L'Association des médecins et pharmaciens de Casablanca, préoccupée de cet état de choses et soucieuse de défendre les intérêts de ses membres, émit un vœu demandant au gouvernement du protectorat de prendre des mesures en vue de préserver la santé publique. Dans plusieurs villes en effet des personnes n'ayant aucun diplôme, n'ayant fait aucune étude préparatoire à l'exercice d'une profession dans laquelle une erreur peut avoir les plus graves conséquences pratiquent librement la médecine ou la pharmacie.

Une circulaire vient d'être soumise à l'approbation du grand vizir et signée par lui ayant pour but de transmettre aux pachas un arrêté municipal sur

l'exercice de ces professions. Aux termes de ce règlement, dit le *Temps*, il est interdit de pratiquer, sans une autorisation du pacha, visée par les autorités du contrôle administratif de sa circonscription. Cette autorisation sera délivrée sur production des diplômes des intéressés et visée par le consul de leur pays d'origine.

A l'effet de ménager la transition, les praticiens étrangers non diplômés qui exerçaient au Maroc depuis au moins cinq ans à la date de la signature du traité du protectorat pourront continuer à exercer leur art. Les contrevenants aux dispositions du nouvel arrêté seront poursuivis conformément à la législation du pays dont ils relèvent.

Il est à remarquer que ce texte ne s'applique qu'aux Européens exerçant les fonctions précitées. Cette particularité s'explique par la difficulté qu'il y aurait à rechercher les nombreux indigènes qui donnent leurs soins aux sujets marocains. et par la répercussion fâcheuse que pourrait avoir dans la masse de la population l'application d'un règlement susceptible de heurter des coutumes fort anciennes.

Inconvénients et dangers du pain blanc.

Il résulte d'une communication faite à la Société thérapeutique de Paris par M. le Dr Monteuuis que la farine de meules est tout simplement du blé finement écrasé, duquel on a retiré 20 p. 100 d'enveloppes sous forme de gros son ; en un mot, c'est de la poudre de blé avec ses principes et c'est elle qui sert à faire le pain naturel, le pain de ferme, le pain d'autrefois.

Par contre, la farine de cylindre n'est plus rien de semblable ; on supprime, en effet, du blé le gros son, le petit son et le germe. Quant à l'amande, la première couche, la plus riche à tous points de vue, elle est enlevée et donnée en pâture aux bestiaux ; la seconde couche est encore partiellement supprimée et sert surtout dans la composition du pain bis.

Le pain blanc de luxe est, en effet, bluté à 50 ou 55 p. 100 et ne contient, par conséquent, pas beaucoup plus que les deux couches internes, qui y entrent pour 42 p. 100 ; c'est dire que près de la moitié du grain est sacrifiée, et rien que ce gaspillage coûte à la France 400 millions par an. Au point de vue de la valeur alimentaire, le pain de meule est incomparablement supérieur, car il est mieux digéré et il est l'aliment minéralisateur par excellence ; il présente cette remarquable propriété d'être un véritable excitant naturel, c'est-à-dire l'aliment qui dégage les forces, non pas tout à coup, comme le café ou l'alcool, mais d'une façon continue, dans la mesure où, dans les conditions ordinaires de la vie, l'homme en a besoin.

L'alcoolisme au Maroc

L'importation du vin qui en 1909 était pour les huit principaux ports du Maroc, de 24.764 hectolitres représentant 577.866 francs, s'est élevée en 1911 à 40.589 hectolitres représentant 1.524.467 francs.

En 1909, les alcools et eaux-de-vie figurent aux importations pour 10.579 hectolitres (124.301 francs). En 1911, ces mêmes importations se chiffrent par 13.396 hectolitres (758.888 francs).

En 1910, il est entré au Maroc 4.412 hectolitres d'alcool pur représentant 195.242 francs. En 1911, nous trouvons respectivement 7.371 hectolitres et 294.672 francs.

Les importations de genièvre donnent 1.892 hectolitres (88.380 francs) en 1910, et 2.469 hectolitres (117.874 francs) en 1911.

Les importations de l'absinthe et du rhum donnent 1.981 hectolitres (129.490 francs) en 1910 et 3.373 hectolitres (313.464 francs) en 1911. En somme, en un an, l'importation des boissons alcooliques a doublé.

Si cette progression est inquiétante, celle des débits ne l'est pas moins. En 1907, au moment de l'occupation française, Casablanca ne comptait guère que 5 ou 6 débits de boissons alcooliques. Au mois de janvier 1912, le nombre de ces débits s'était élevé à 161 et celui-ci a certainement depuis lors beaucoup augmenté.

84e Année (Série XIIIe) — N° 226 LE NUMÉRO : 25 CENTIMES Mercredi 3 Décembre 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40, 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale. 15 fr.
Editions Espagnole, Portugaise et Italienne 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

CHANTEMESSE, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
LANDOUZY, Doyen de la Faculté, Prof. de Clinique Médicale, Membre de l'Académie de Médecine
RECLUS, Professeur de Clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de Médecine
RICHET, Professeur de Physiologie à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
ALBERT ROBIN, Professeur de Clinique Thérapeutique, Membre de l'Académie de Médecine
BALZER, Médecin de l'Hôpital St-Louis, Membre de l'Acad. de Médecine
BAZY, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon, Membre de l'Acad. de Médecine
BEURNIER, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
DESGREZ, Professeur de Chimie Médicale à la Faculté de Médecine
SEBILEAU, Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière, Membre de l'Académie de Méd.
VAQUEZ, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
CHASSEVANT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
MARIE, Médecin en chef de l'Hospice de Villejuif
MONPROFIT, Professeur à l'Ecole de Médecine d'Angers

DIRECTEUR
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut
Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Exposition Bruxelles 1910
Vice-Prés. de cl. Expos. Gand 1913
Ancienne Gazette de Santé (140e Année)

Sommaire du Numéro du 3 Décembre 1913

ÉCHOS

Le Préventorium anti-tuberculeux

Pour la onzième fois, notre confrère le docteur Boureille, vient de publier les résultats des travaux du *Preventorium antituberculeux* du boulevard Garibaldi, à Paris.

Installé au centre d'un quartier déshérité et où les foyers de tuberculose sont nombreux, l'œuvre accomplie par le *Preventorium*, qui relève de l'initiative privée, et est subventionné par la Présidence de la République, le département de la Seine et la Ville de Paris, a été des plus salutaires.

Grâce aux soins prodigués aux malades, grâce aux mesures de préservation qui ont veillé à la santé de leur entourage, la tuberculose ne s'est, en effet, pas développée dans les milieux examinés et visités depuis 10 ans par le *Preventorium*.

Ce sont là des résultats dignes de retenir l'attention et que l'on ne saurait trop encourager.

Le monument du professeur Dieulafoy

L'autre dimanche a eu lieu à l'hôtel-Dieu la cérémonie de l'inauguration du monument élevé par ses élèves et par ses amis à la mémoire du Pr Dieulafoy.

L'œuvre de MM. Vernon et Girault, — un stèle de marbre blanc où des motifs de décorations simples et classiques encadrent le profil du maître disparu, — a été scellée contre le mur de la galerie couverte du premier étage, du côté des salles de femmes, à l'entrée de l'amphithéâtre Trousseau où, pendant tant d'années, Dieulafoy professa avec une science parfaite et un succès considérable. Dans l'amphithéâtre, autour de Mme Georges Dieulafoy et des membres de la famille, s'étaient groupées les personnalités les plus en vue de la science et de l'administration hospitalière pour entendre les discours qui furent prononcés par M. le professeur Widal, par M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté et enfin par M. Mesureur, au nom de l'Assistance publique.

Enquête de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

La Statistique Sociale

Dans nos numéros du 10 juillet dernier et du 5 novembre 1913, nous avons commencé la publication des documents que nous avons recueillis sur la question si importante de la statistique sociale, question posée naguère par M. André Gent devant le Conseil municipal de Paris.

Nous continuons aujourd'hui à présenter au public les réponses qui nous sont adressées, réponses dont le grand intérêt ne saurait échapper à personne.

M. Gent, interviewé par un rédacteur du *Journal*, lui a prouvé dans les termes suivants l'objet de sa proposition.

— Mon but, en déposant ma proposition, est de voir tenir au jour le jour une statistique de toutes les manifestations de la vie sociale. M. Maréchal, le distingué maire, a récemment publié, sur l'apprentissage à Paris, une étude des plus remarquables. Eh bien, je crois qu'il y aurait lieu de se procurer sur ce point des statistiques approfondies. On envisagerait les causes réelles de la décroissance de l'apprentissage; on verrait dans quelle mesure précise cette décroissance atteint la région parisienne; en même temps on rechercherait, par une enquête dans les milieux compétents, les professions qui réclament, qui exigent des apprentis. Il n'y aurait plus, dès lors, qu'à montrer à la population de quel côté elle peut trouver pour ses enfants d'utiles débouchés.

« Ce que je dis de l'apprentissage est vrai aussi pour le chômage. J'estime qu'il conviendrait, par des enquêtes appropriées, des statistiques intelligemment établies, de fixer à l'avance, dans la mesure du possible naturellement, les moments où l'on peut craindre que le chômage ne se fasse plus particulièrement sentir. Grâce à cette documentation, il deviendrait possible au Conseil municipal de « sérier en quelque sorte, les travaux, qu'il ordonne, de manière à conserver toujours au travailleur l'emploi de ses bras et, à ses enfants, la becquée.

« M. Delanney, il faut le reconnaître, n'a pas attendu notre invitation pour se préoccuper d'une question aussi intéressante, et un article de votre *Journal*, paru sous la signature de M. Lucien Descaves, nous a récemment informés que le préfet de la Seine avait fait établir une statistique des jeunes soldats mariés et pères de famille du département. Je suis, d'autre part, avisé qu'un tableau des maladies contagieuses est en préparation, dont les données nous permettront peut-être de lutter plus efficacement contre ces maladies. Mais combien d'autres renseignements ne trouverons-nous pas dans l'ordre de la production et de la consommation? La question des coopératives devra aussi être étudiée. De même celle de la participation aux bénéfices.

« Tout cela, certes, n'ira pas sans un réel effort, mais le Conseil municipal n'a jamais marchandé son concours chaque fois qu'il s'est agi d'une œuvre utile et belle. Les dépenses de cette nature sont au premier chef productives : elles honorent les démocraties.

A M. le Dr Lucien Graux,
Directeur de la *Gazette Médicale de Paris*,

J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre lettre me demandant de quelle manière il serait possible, à mon opinion, de réaliser la proposition de M. Gent. Il me paraît que pour répondre à cette question, je ne pourrais faire mieux que de vous donner un aperçu de toutes les investigations, que mon bureau a faites et est en train de faire, dans le domaine des questions sociales.

En recueillant les données pour mon bureau, une répartition est faite entre les chiffres dont la publication est urgente et ceux dont l'importance n'est pas tellement actuelle qu'il serait nécessaire de les faire imprimer tout de suite. Les premiers sont généralement publiés dans le «Bulletin mensuel »; les derniers, en même temps qu'une récapitulation des chiffres des «Bulletins mensuels», figurent dans la « Statistique Annuelle » ou dans l' « Annuaire Statistique ».

Quant aux données relatives aux questions sociales, le « Bulletin Mensuel » contient les chiffres concernant le Bureau Municipal de Placement (demandes d'emplois, offres des patrons, les placements effectués) et ceux ayant rapport au chômage, des membres de syndicats professionnels dans quelques branches de l'industrie qui sont affiliés à une caisse de chômage, les données sont fournies par les syndicats à l'Office municipal du Travail.

En même temps, le Bulletin publie un aperçu du montant total des allocations en cas de chômage, accordées par quelques syndicats professionnels et par le Fonds municipal de chômage.

Pour illustrer les informations, je vous fais parvenir sous pli séparé le «Bulletin Mensuel», dernièrement paru, où vous trouverez les chiffres sus mentionnés aux pages 21, 22 et 23.

Comme il a déjà été indiqué plus haut, l'aperçu des travaux du Bureau Municipal de Placement et de la situation du chômage sur une ou plusieurs années est publié dans l'Annuaire Statistique. Toutefois à côté de ces chiffres-ci, cette publication contient d'autres données dont l'importance n'est pas telle qu'elles justifieraient un examen mensuel. Ces données comprennent :

1. Le nombre d'ouvriers dans le service de la Municipalité, leurs journées de travail et leurs salaires ;

2. Le nombre d'accidents et d'indemnités accordées de ce chef ;

3. Le nombre d'entreprises dans cette ville aux quelles la loi sur les accidents de travail est applicable, avec le nombre d'ouvriers ;

4. La nature et les suites des accidents ;

5. Le nombre d'usines et de chantiers employant des enfants de 12 à 14 ans et des femmes, et combien de ces personnes y sont occupées ;

6. Statistique annuelle des salaires et des heures de travail des ouvriers municipaux.

Tableaux CLXXIX - CLXXXIX de l'annuaire ci-joint.

En outre des enquêtes spéciales ont été poursuivies sur le chômage dans les années 1894, 1895 et 1898 et sur les salaires des ouvriers titulaires dans le service de la Municipalité pendant l'année 1907, dont les résultats ont été recueillis dans des publications séparées.

Le tableau CLXXVIII montre les gages mensuels des équipages de quelques lignes de navigation à vapeur au 15 juin 1911.

En espérant, cher monsieur, que cet exposé de l'activité de mon Bureau par rapport à la statistique sociale contribuera à faciliter la réalisation de vos projets, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments distingués.

FALKENBURG,
Directeur du Bureau municipal des Statistiques d'Amsterdam.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous avertir que selon mon opinion une statistique sociale, en tant que le recueil de données ne se heurte pas à des difficultés insurmontables, et s'il y a une garantie suffisante de ce que les données recueillies seront authentiques, devrait comprendre à peu près les branches suivantes : salaire et journée des ouvriers, chômage et bureau de placement, dispositions concernant les accidents dans les usines, accidents et maladies de profession, logements des classes pauvres, établissements de bien public pour les ouvriers et le peuple, fluctuation du prix des denrées alimentaires, budget annuel détaillé des familles ouvrières et, enfin, assistance publique.

En ce qui concerne l'exécution pratique de la statistique sociale projetée, je regrette de ne pas pouvoir vous donner un avis d'expert. Mais, comme il s'agit surtout de statistique de villes, vous pourriez vous adresser peut-être à la mairie de Budapest, qui a une section sociale politique particulière.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Le directeur,
BONGLY,
Directeur de l'Office central de la Statistique du Royaume de Hongrie.

Les Chauves s'agitent

Un Congrès international de chauves des deux sexes va se réunir à Bruxelles.

La circulaire envoyée aux congressistes stipule que les délégués représenteront trois catégories :

1° Chauves complets ;
2° Demi-chauves ;
3° Chauves débutants.

Les questions qui seront discutées au Congrès sont celles ci :

« Est-il un moyen scientifique de faire repousser les cheveux? Où commence la calvitie? Comment rétablir le prestige des chauves auprès des femmes? Quels textes de lois faut-il proposer aux Parlements pour mettre fin aux sarcasmes dont les chauves sont trop souvent l'objet? Y a-t-il lieu de faire renaître la perruque de nos pères? »

Ce programme, paraît-il, à tous les chauves sourit!

Pour la présidence d'honneur, on aura le choix entre feu Chauveau-Lagarde, Chauvelin, Chauvelot et Chauvency.

Le Congrès durera trois jours. Après quoi, les congressistes se sépareront au cri de :

— Chauve-qui peut!

SUR UN MOYEN CERTAIN

D'ÉVITER

Les Brûlures par les Rayons de Rœntgen

Par M. le Dr Maxime Ménard

Chef du service de radiologie et d'électrothérapie de l'hôpital Cochin

Tout le monde sait aujourd'hui qu'une exposition trop prolongée ou trop répétée aux rayons X produit sur la peau des lésions de l'épiderme, voire même du derme, communément appelées « brûlures ». Ces lésions ont une marche aiguë ou chronique.

Parmi les victimes habituelles de ces brûlures, il convient de citer en première ligne ceux — et la liste en est malheureusement déjà très longue — dont la profession est de manipuler les rayons de Röntgen.

On a prétendu que ces lésions pouvaient être évitées par des moyens de protection appropriés. Aussi disait-on volontiers que l'imprudence des opérateurs était la principale cause de ces accidents. C'est une double erreur.

Les lésions siègent le plus fréquemment aux mains, ce qui s'explique facilement par la position de ces dernières à certains moments de l'examen radioscopique. Quelques opérateurs cependant sont brûlés à la face, aux avant-bras, etc...

Comme moyen de protection on a préconisé des gants de fabrication spéciale qui, d'après les allégations des fabricants, absorberaient 60 0/0, 75 0/0 et même 80 0/0 des rayons X. On oubliait de dire quelle était la qualité des rayons X absorbés, fait important en l'espèce. En effet, l'expérience démontre que tels gants qui absorbent des rayons de qualité 3 (radiochromomètre de Benoist) n'absorbent plus des rayons de qualité 4, 5, etc. Or, pour la radioscopie médicale, la qualité des rayons à employer doit varier suivant la région que l'on examine et la nature de l'organe à étudier. C'est pourquoi on utilise, suivant les cas, des rayons dont la qualité est de 5, 6, voire même 8 du radiochromomètre de Benoist. En pareille occurrence l'absorption des rayons étant incomplète, les opérateurs sont donc toujours exposés aux dangers des rayons de Röntgen.

Nous avons donc recherché le moyen d'assurer non seulement la protection absolue des mains de l'opérateur, mais encore celle des autres parties du corps. Nous avons réalisé ce degré de protection par l'usage d'un meuble spécial et par celui de gants capables d'absorber les rayons X les plus pénétrants.

1° *Meuble protecteur.* — Ce meuble se compose essentiellement de trois panneaux garnis intérieurement d'une lame de plomb dont l'épaisseur minima est de 4 millimètres. Ces trois panneaux sont assemblés sur un socle, de manière à former deux dièdres très ouverts, à l'intérieur desquels se place le malade à examiner, ainsi que le tube de Crookes.

Le panneau central est divisé en trois parties :

1° L'écran fluorescent ;

2° Un écran en plomb mobile ;

3° Un écran en plomb fixe.

La course de l'écran fluorescent s'effectue verticalement à l'aide d'un jeu de glissières et de contre-poids. Il en est de même de l'écran de plomb, qui peut accompagner l'écran fluorescent dans sa course, ou, au contraire, en être séparé.

Cette mobilité des deux écrans permet de palper l'abdomen dans les examens des viscères abdominaux. La palpation une fois terminée, les deux écrans sont ramenés au contact l'un de l'autre. Le malade est placé sur une plaque tournante très sensible que l'opérateur dirige à sa volonté, et le patient est ainsi examiné suivant toutes les incidences utiles. Enfin, grâce à un système de contrepoids, l'écran fluorescent est muni d'une épaisseur de verre au plomb suffisante pour absorber complètement les rayons de Röntgen.

Au chapitre des avantages de ce meuble protecteur, il convient encore d'ajouter qu'il favorise l'accommodation visuelle du radiologue, puisqu'il supprime totalement la luminosité de l'ampoule. Il permet encore de radiographier un malade dans la position verticale par la substitution très facile du châssis radiographique à l'écran fluorescent.

Enfin, pour les examens radioscopiques dans la position couchée, nous avons apporté quelques modifications à la table d'examen en vue d'assurer la protection complète du radiologue. Du côté où est placé l'opérateur, la table est munie d'un bandeau garni de plomb, de hauteur convenable, raccordé dans le plan de la table avec un volet mobile à inclinaison variable par rapport au plan de cette dernière. La disposition de ce volet lui permet d'absorber les rayons projetés en dehors de la surface de l'écran. Le radiologue, ainsi que ceux qui assistent à l'examen du malade, sont donc complètement protégés des rayons X.

2° *Gants protecteurs.* — Voici les résultats de nos recherches sur la valeur de certains gants, couramment employés dans la pratique actuelle, au point de vue de l'absorption des rayons X. Toutes nos expériences ont été faites dans les conditions suivantes :

1° Tube placé à 50 centimètres de la plaque sensible ;

2° Tissu du gant ;

3° Fil de plomb de 1 millimètre de diamètre ;

4° Plaque sensible.

(le fil de plomb interposé entre le tissu du gant et la plaque sensible est destiné à montrer si les rayons X sont absorbés par le tissu. On sait, en effet, que la silhouette du fil de plomb n'est pas visible sur la radiographie, quand les rayons sont totalement absorbés, tandis que cette silhouette est visible, quand les rayons ne sont pas complètement absorbés

Expérience n° 1.

Tube Müller à eau, grand modèle.

Transformateur Gaiffe-Rochefort ;

Etincelle équivalente : 9 à 11 centimètres ;

Intensité : 9 milliampères ;

Qualité des rayons : 5 à 6 Benoist ;

Epaisseur du tissu du gant (couche protectrice) : 1 mill. 25 ;

Poids de un centimètre carré du tissu : 0 gr. 260 ;

L'analyse chimique du tissu du gant a été faite par M. Cousin, et voici les résultats de cette analyse :

M. Cousin a trouvé :

1° Des composés à base de plomb, qui, évalués en plomb métallique, correspondent à 0 gr. 077 de plomb par centimètre carré, soit une couche de plomb correspondant à une épaisseur de 0 millim. 0678 ;

2° Une proportion de sulfate de baryte égale à 0 gr. 07 par centimètre carré.

Expérience n° 2.

Tube Gundelach ;

Transformateur Gaiffe-Rochefort ;

Etincelle équivalente : 10 à 12 centimètres ;

Milliampères : 6 ;

Qualité des rayons : 6 à 7 Benoist ;

Epaisseur du tissu du gant (couche protectrice) 1 millim. 9 à 2 millimètres.

Poids pour un centimètre carré : 0 gr. 538 ;

L'analyse chimique faite par M. Cousin donne les résultats suivants :

1° Des composés à base de plomb, qui, évalués en plomb métallique, correspondent à 0 gr. 346 par centimètre carré, soit une couche de plomb correspondant à une épaisseur de 0 milli. 304 ;

2° Une proportion de sulfate de baryte égale à 0 gr. 045 par centimètre carré.

Dans ces expériences les gants n'ont donc pas absorbé les rayons X dont la qualité était de 5, 6 ou 7 Benoist. Or, cette qualité de rayons est d'un usage courant pour la radioscopie. C'est pourquoi les radiologues de profession, qui se servent de ces gants, présentent ordinairement les lésions dont nous avons parlé et dont on connaît la gravité.

Ceci étant donné, nous avons recherché s'il ne serait pas possible de trouver un tissu capable d'absorber *totalement* les rayons X. Nous avons réussi, et nous en fournissons la preuve expérimentale.

Sans entrer dans le détail de tous les essais que nous avons faits depuis trois ans, nous dirons seulement que nous avons définitivement fixé notre choix sur un tissu caoutchouté dans la composition duquel entrent des sels d'un métal de poids atomique élevé.

Les conditions expérimentales ont été les suivantes :

1° Tube Gundelach placé à 50 centimètres de la plaque sensible ;

2° Fil de plomb de 1 millimètre de diamètre placé entre le gant et la plaque sensible ;

3° Contact tournant (grand modèle) Gaiffe;

4° Etincelle équivalente : 22 à 24 centimètres ;

5° Intensité : 5 milliampères ;

6° Qualité des rayons : 7 à 8 Benoist ;

7° Temps de pose : 30" ;

8° Epaisseur du tissu du gant : 4 millimètres.

Cette expérience a été répétée plusieurs fois et aucune des radiographies ne montre la silhouette du fil de plomb. L'analyse chimique faite par M. Cousin donne les résultats suivants :

Pour une épaisseur de tissu de 1 millimètre 5, le poids du centimètre carré est de 0 gr. 677.

On trouve 89, 5 0/0 de composés à base de plomb qui, évalués en plomb métallique, correspondent à une couche de plomb de 0 millim. 498 dont le poids est de 0 gr. 566 par centimètre carré.

Si on donne à ce tissu une épaisseur de 4 millimètres l'opérateur a les mains complètement protégées contre des rayons « très durs », pratiquement inutilisables en radioscopie médicale. On sait, en effet, qu'un examen radioscopique fait avec des rayons très « pénétrants », montre très peu de détails sur l'écran fluorescent, c'est pourquoi, pour ce genre d'examen, les rayons couramment employés sont de la qualité 6 ou 7 du radiochromomètre Benoist.

On peut, avec ce tissu, fabriquer des moufles ou des gants munis d'un crispin, qui protègent ainsi, non seulement la main, mais encore l'avant-bras de l'opérateur.

Nous concluons donc que l'emploi combiné du meuble protecteur et des gants permet d'obtenir une protection *absolue* du radiologue et des assistants contre les attaques des rayons de Röntgen.

L'Œuvre de Carrel

Par M. le Professeur MORAT

Les plus saisissantes des expériences du Dr Alexis Carrel consistent en transplantations d'organes, autrement dit en greffes de parties séparées de l'organisme animal, avec rétablissement définitif de la vie fonctionnelle dans l'organe qui a été substitué à son semblable, ou simplement remis à sa place. De telles opérations impliquent l'existence d'une vie autonome (et jusqu'à un certain point indépendante) des segments détachés ; elles supposent de même une conservation plus ou moins longue de cet état de vie isolée et, finalement, une reprise intégrale de leurs propriétés et fonctions dans le consensus général lorsque la soudure des surfaces a rétabli les liaisons primitives d'une façon normale ou équivalente. Des expériences de ce genre ont été depuis longtemps tentées avec succès, comme l'a rappelé du reste M. Carrel, en indiquant ce que ses recherches propres ont ajouté à ce qui était antérieurement acquis.

Une opération qui semble avoir été amenée par lui à sa perfection, c'est celle de la greffe des segments vasculaires artériels ou veineux, soit qu'on prenne le greffon sur le sujet lui-même, soit qu'on le détache d'un animal d'une autre espèce. La circulation est rétablie aussitôt après la mise en place, et le résultat est définitif, constaté qu'il a été après des semaines, des mois, des années. Le grand écueil contre lequel on avait à lutter, même quand la soudure se réalisait, c'était l'oblitération du vaisseau par thrombose. Le sang a, comme on sait, deux états d'équilibre également nécessaires à notre conservation : l'un fluide, qui lui permet de circuler dans les canaux de la nutrition ; l'autre solide, qui ferme les blessures faites à ce système pour qu'il reste clos vis-à-vis du dehors. Appliquer rigoureusement les conditions, maintenant connues, qui garantissent le premier de ces états, tel est le problème qui a été résolu par l'établissement de la technique de ces belles expériences.

Au point de vue chirurgical il n'y a rien de plus à demander. Au point de vue biologique une question reste néanmoins en suspens, qui a son intérêt (nous allons, en effet, la voir se reposer sous une autre forme à propos d'autres transplantations). La voici :

La paroi vasculaire d'origine extérieure a rempli d'emblée les fonctions de celle à laquelle on l'a substituée, et elle s'est maintenue d'une façon définitive. Mais qu'est-ce qu'elle représente après un certain temps écoulé ? Sont-ce bien en elle les éléments histologiques composants du greffon emprunté à quelque autre animal, parfois d'espèce différente, qui ont acquis leurs titres de naturalisation chez le porteur ? Ou bien la membrane greffée a-t-elle servi de support à une reconstitution, à un remplacement progressif de ses éléments par d'autres de provenance autochtone ? En principe, l'organisme vivant se réserve l'élaboration de tous ses constituants, quels qu'ils soient. Il ne demande au dehors que les matériaux premiers avec lesquels il les édifie ; et c'est pour cela qu'il fait subir à ses aliments une décomposition profonde, dont l'action digestive n'est qu'un terme préparatoire, avant de se les approprier à l'état qu'il entend leur donner, d'après sa marque de fabrique particulière. S'il refuse d'utiliser une molécule d'albumine étrangère, voudra-t-il s'assimiler des cellules venues d'un autre être ? et s'il s'y résoud, à quelle condition le fait-il ? Voilà ce qu'il serait curieux de savoir.

Si on peut, après résection d'un segment d'aorte ou de veine cave, ou des deux à la fois, replacer les segments, ou les remplacer par d'autres semblables et hétérogènes, on sera tenté de compliquer l'opération par quelque hardiesse nouvelle. M. Carrel n'était pas homme à ne pas laisser pendre à ces tronçons quelque organe comme un rein, même les deux, afin de voir ce qu'il en résulterait pour la greffe et pour le sujet. C'est ce qu'il a fait avec plein succès dans le cas de transplantation autoplastique, même avec une réussite incomplète dans le cas de transplantation homoplastique. Dans le premier cas le rein reprend, en même temps que sa place, les fonctions qui étaient les siennes et qui se sont montrées à peines troublées par le temps d'interruption qui correspond à la durée de l'opération. Dans le second cas la soudure des troncs vasculaires se fait tout aussi bien, et tout d'abord l'excrétion urinaire s'annonce normale ; mais après quelques jours l'albumine apparaît dans l'urine, la néphrite s'installe et l'animal finit par succomber dans un délai qui peut être variable. Il n'y a pas lieu d'en être surpris.

Non seulement une spécificité, mais aussi une individualité, disons même une personnalité, se trouvent inscrites dans toutes les parties de l'édifice organique, depuis la molécule protéique jusqu'aux appareils fonctionnels les plus complexes. Si semblables que soient le sang et le rein d'un chien au sang et au rein d'un autre chien, ces deux facteurs de la fonction excrémentielle ne sont pas interchangeables de l'un à l'autre ; aussi leur mise en présence donne-t-elle lieu à une réaction anormale, qui aboutit à la ruine de l'organe et de l'ensemble. L'organisme, capable d'assimiler un tronçon d'aorte (et cela par des moyens sur lesquels on n'est pas fixé), se montre incapable d'assimiler un rein ou quelque système organique équivalent.

Ce qui est néanmoins remarquable, c'est que, pendant un certain délai, il y ait tolérance et comme essai d'adaptation ; après quoi la désharmonie fonctionnelle va croissant jusqu'à la destruction. Il se pose à cet égard un certain nombre de problèmes, intérieurs à la question même, qui ne manquent pas d'intérêt et sur la solution desquels il serait téméraire de rien préjuger.

Quittons maintenant le domaine de la vie des viscères pour celui de la vie de relation sociale.

Même double thème posé à l'expérience : on coupe un membre et on le rattache (transplantation autoplastique) ; on coupe un membre et on le remplace par un autre pris à un animal de même espèce (transplantation homoplastique). Chirurgicalement, les deux opérations sont possibles, mais on nous prévient que là encore le problème n'est pas résolu en ce qu'il nous importerait le plus de connaître. Que devient un membre replanté ou transplanté, après que les soudures tissulaires se sont faites et que la continuité est rétablie ? On ne nous en a rien dit, ni dans la conférence (1), ni non plus ailleurs, et c'est grand dommage. L'insuccès est aussi intéressant que la réussite, lorsqu'on peut se rendre compte aussi bien de l'un que de l'autre ; car au fond tout est là.

En principe et en l'espèce, nous ne devons pas être surpris que la transplantation, même autoplastique, d'un membre n'aboutisse pas à la restauration, autrement qu'apparente, de ses fonctions. Ce qui réussit pour un viscère, comme le rein, ne doit pas réussir pour un membre amputé. On en peut donner la raison suivante. Le rein est un organe, c'est-à-dire un ensemble systématisé, capable, comme le cœur, comme l'estomac, comme tout viscère, d'un fonctionnement indépendant après séparation de l'organisme ; et c'est ce que prouvent les circulations artificielles qu'on sait faire depuis longtemps, et par lesquelles on prolonge la vie de ces viscères isolés. Un membre, une jambe, une main ne sont pas des organes, mais des régions anatomiques. L'amputation qui les détache est obligée de trancher dans des liaisons qui sont au contraire respectées quand on sépare du corps un de ses appareils viscéraux. Chacun de ceux-ci emporte avec lui ce qu'on peut appeler sa moelle propre, sous forme de ganglions automoteurs ; et c'est ce qui fait qu'après isolement le cœur continue de battre, le rein de sécréter, l'intestin de se mouvoir, et que ces systèmes fonctionnels ont assez de ressources intérieures pour qu'il y ait de leur part tentative d'adaptation. Le membre détaché, lui, est coupé à tout jamais de sa source d'excitations, qui est dans la moelle épinière ; il est désormais inerte, sans spontanéité, sans automatisme. Greffé, il sera sans aucune sensibilité ni motricité. Le bourgeonnement des extrémités nerveuses, à partir de la section, tendra bien à rétablir la relation nécessaire avec le système nerveux, mais, à la vitesse d'un millimètre par jour, cette poussée arrivera-t-elle à temps pour sauver le membre des désordres trophiques qui le menacent ? et, dans leur marche aveugle, ces fibres nouvelles sauront-elles retrouver sans trop de confusion les parties auxquelles elles sont destinées ?

Qu'il s'agisse de greffe autoplastique ou homoplastique, on sait que le tissu à transplanter peut subir un certain délai de conservation, avant d'être employé, temps pendant lequel il est à l'état de *vie latente*. Cette expression est de Cl. Bernard, qui a créé le mot, en même temps qu'il faissait connaître les conditions du phénomène, dans sa belle analyse des phénomènes de la vie communs aux végétaux et aux animaux. La vie manifestée dépend de certaines conditions essentielles, dont l'absence d'une seule l'arrête, ou bien la suspend simplement s'il s'agit d'un être ayant une simplicité relative. La graine, conservée sèche, attend pour germer l'eau qui est nécessaire aux opérations de sa chimie intérieure. On pourrait, avec quelques précautions et en choisissant les sujets d'expérience, arriver au même résultat par la privation d'oxygène. Le procédé général est pratique entre tous : c'est de soustraire le tissu qu'on prétend mettre en état de vie latente à l'action de la chaleur, en abaissant autour de lui la température dans le voisinage de zéro. Tous ces moyens, qui ont été admirablement développés et perfectionnés dans leur détail pour tout ce qui concerne les germes infectieux, relèvent de faits anciennement connus et qui n'étonnent présentement que parce que la spécialisation dont ils ont été la matière a fait perdre de vue, puis oublier leur première origine. La biologie est une ; ses lois sont générales.

Un tissu, qui doit servir de greffon, peut donc être conservé dans un milieu approprié (aseptique naturellement), simplement mis à basse température. Mais, si nous sommes maître de rendre ainsi sa vie latente ou suspendue, il ne tient qu'à nous non plus de la faire se manifester, et, en enfermant un lambeau de peau ou de tissu conjonctif entre deux lames transparentes, de nous donner le spectacle de l'évolution de ce fragment, dans les conditions particulières que nous

(1) Allusion à la Conférence faite à Lyon par M. Carrel.

aurons choisies pour lui. Ce que les préparations du Dr Carrel montrent bien, c'est le pouvoir de prolifération des éléments connectifs et épithéliaux qu'il a soumis à de semblables traitements. Des bords de la lame du tissu étalé ces éléments se détachent en phalanges serrées, puis s'avancent et se dispersent comme une nuée de tirailleurs, dont le nombre irait grandissant par multiplication prolifique. C'est la vie libre et intense. On peut du reste modifier cette activité, la restreindre ou l'accroître par des modifications de la composition du milieu.

Rien encore ici qui soit en dehors des principes admis. La vie de tout élément est essentiellement une réaction réciproque établie entre celui-ci et son milieu. Aucun doute qu'en assurant par artifice à cet élément, isolé de l'organisme qui l'a fourni, les conditions qu'il requiert, il manifestera ses propriétés dans toute leur normalité. La difficulté est seulement de les connaître pour les lui présenter en qualité et en grandeur ; et telle est cette difficulté, qu'on ne les a encore jamais trouvées bien réunies que dans l'organisme même et à la place exacte que l'élément considéré y occupe.

La notion du *milieu* est bien plus étendue et surtout plus complexe qu'on ne se le figure communément. Pour un élément donné, tout est milieu, à la fois autour de lui et à distance dans l'organisme ; de même que dans le corps social nous sommes individuellement « milieu » les uns pour les autres. Voilà ce qui rend difficile l'analyse des conditions qui interviennent dans les manifestations de la vie en apparence les plus simples, et rend très incertaine la limite qui sépare ce qui est normal de ce qui ne l'est plus.

A la vue de cette pullulation cellulaire, qu'on peut encore accélérer par certaines influences interférentes, on se prend à faire le rêve de Descartes sur la possibilité d'empêcher la sénescence et les infirmités qu'elle nous prépare. Mais là encore il faut envisager le problème sous plus d'un aspect, si on ne veut pas se faire trop d'illusions. Ce pouvoir de remplacement des cellules les unes par les autres, qui, en nous faisant en quelque sorte naître de nous-même, semblerait devoir nous assurer l'immortalité, non seulement ne reste pas égale à lui-même, mais disparaît de très bonne heure pour certaines d'entre elles. A cet égard elles se divisent en deux catégories. Les unes, comme celles du revêtement cutané et de la surface de l'intestin, ne cessent de renaître après desquamation, depuis notre premier jusqu'à notre dernier jour ; les autres, comme celles des tissus musculaires et surtout nerveux, après une courte phase de multiplication, cessent à tout jamais de proliférer. Le nombre en est désormais compté ; elles pourront s'accroître, et si, une fois développées, les fibres qui en dérivent subissent quelque retranchement, elles pourront encore croître de nouveau ; mais l'organisme ne peut plus jamais en reproduire de nouvelles, dans le cas où ce serait la substance grise qui aurait subi la perte de matière. Le sort des premières reste donc, quoi qu'on fasse, lié à celui des secondes. Tant qu'on n'aura pas trouvé pour celles-ci un mode, non plus même de rajeunissement (il serait perturbateur de l'équilibre de l'organisme), mais de conservation suffisante, la puissance de vitalité des autres ne peut pas les préserver d'une fin pareille et, en attendant, d'une commune déchéance. On a l'âge de ses neurones.

Le but du biologiste, comme celui de tout savant quelconque, ne doit pas être le succès à tout prix, dans le sens que nous font entrevoir nos espérances ou nos chimères. Il est des impossibilités dont la connaissance nous est aussi précieuse que peut l'être la découverte des faits positifs les plus imprévus et les plus généraux. C'est à partir du jour où parut démontrée l'inanité de la recherche du mouvement perpétuel, que les sciences physiques prirent la direction qui les a amenées au magnifique développement dont nous sommes aujourd'hui les témoins. Il n'est pas pour cela interdit de tenter même l'improbable, parce que le départ entre ce qui se peut et ne se peut pas n'a jamais d'autre critère que l'expérience, et qu'en poursuivant ce qui est hors des lois naturelles, nous sommes amenés, en cherchant dans les voies les plus diverses et en n'y mettant pas de parti pris, à trouver, finalement, l'expression de celles-ci.

Un des mérites, et non des moindres, du Dr Carrel, c'est d'avoir réussi à ramener l'intérêt et à forcer l'attention du public, tant médical qu'ordinaire, sur un genre de problèmes et d'expériences qui, depuis un quart de siècle, avait perdu sa faveur. M. le prof. P. Courmont, en nous annonçant sa conférence, le louait avec raison d'avoir ramené la médecine expérimentale dans les voies et la doctrine de Cl. Bernard. On ne pouvait mieux dire. On sait du reste ce que je pense là-dessus ; je n'insiste pas (1).

(1) *Lyon médical.*

PRATIQUE

Troubles dûs à l'Hypertrophie et aux Varices DE L'AMYGDALE LINGUALE

Par M. le Docteur A. MAURICE, de Paris

Tout bon praticien qui se respecte ne devrait pas ignorer l'existence de l'amygdale linguale et cependant nous avons pu constater à maintes reprises combien cet organe était délaissé. S'il n'avait aucune importance au point de vue pathologique, passe encore qu'il reste inaperçu, mais les troubles qu'il provoque sont si fréquents que le devoir d'un spécialiste est d'en avertir ses confrères.

En deux mots rappelons que l'amygdale linguale est la quatrième amygdale de l'anneau de Waldeyer dont la troisième est celle qui donne naissance aux végétations adénoïdes; elle est située dans la partie verticale de la langue entre le V des papilles caliciformes et les fossettes glosso-épiglotiques. Assez volumineuse chez les enfants, elle a de la tendance à disparaître à la puberté et chez l'adulte; elle s'atrophie en commençant généralement par la partie médiane d'où son aspect bilobé.

Ses affections ressemblent beaucoup à celles des amygdales palatines et il est de règle de l'examiner lorsque ces dernières sont atteintes.

Nous n'insisterons pas sur ses affections aiguës comme l'amygdalite catarrhale d'une durée restreinte et de peu de gravité, comme l'amygdalite phlegmoneuse plus rare et plus facilement diagnosticable; de même ses tumeurs, ses affections spécifiques, son mycosis ne nous arrêteront pas, car nous voulons tout spécialement mettre en valeur à l'usage des praticiens, ses maladies les plus fréquentes, l'hypertrophie et les varices.

Dans notre pratique personnelle nous trouvons de l'hypertrophie ou des varices de l'amygdale linguale chez environ 50 0/0 des malades qui viennent demander des soins pour le larynx ou le pharynx.

Sur ces 50 0/0 un grand nombre ne sont traités que pour cela. Il est à remarquer que les varicosités et la poussée hypertrophique se manifestent surtout vers la fin de l'hiver et au printemps. Il est vraisemblable d'admettre que le froid, le froid humide tout particulièrement, provoque une congestion, voire une inflammation de l'organe et que les troubles latents se manifestent alors par quelques symptômes pénibles.

Les sensations éprouvées par le patient permettent souvent de porter le diagnostic en dehors de l'examen laryngoscopique que l'on doit toujours pratiquer. Le malade éprouve des picotements au niveau de l'os hyoïde, ces picotements provoquent chez lui une toux sèche, petite, pénible, quelquefois de véritables quintes; toutes les causes de congestion augmentent cette toux et chez certaines femmes elle n'apparaît qu'au moment des règles; beaucoup de nos clientes sont des femmes au moment de la ménopause. Nous avons vu quantité de malades traités en vain pendant des mois pour une toux d'irritation ou une « toux nerveuse », bienfaisante nervosité qui vient obturer dans les cas embarrassants la fistule de notre ignorance; inutile de dire que douches et bromures donnaient de piètres résultats.

Comme autres symptômes, ces malades présentent encore la sensation de corps étrangers, comme si un débris alimentaire était resté accolé à la base de leur langue. Parfois même cette sensation donne aux malades l'impression d'un corps plus volumineux, par exemple d'une boule, et en avant la « boule hystérique » dès que ce mot a eu le malheur d'être prononcé; nous avons pu fort heureusement et à plusieurs reprises débarrasser de leur pseudo-boule de pauvres hystériques ou soi-disant telles au moyen de simples galvano-cautérisations.

Les douleurs, plus rares, peuvent être constatées ou se manifester à la déglutition; d'autres symptômes moins importants viennent s'ajouter à ceux déjà énoncés. Les malades éprouvent quelquefois le besoin d'avaler à vide; ils peuvent présenter un état nauséeux assez pénible. Chez les orateurs et les chanteurs il y a fréquemment un peu de laryngite concomittante qui vient altérer leur organe; de plus, par suite du volume de l'amygdale qui vient buter contre l'épiglotte, les notes élevées se donnent très difficilement, d'où gêne considérable chez les tenors et les sopranis.

On a cité encore quelques troubles réflexes, d'ailleurs assez rares, des névralgies stomacales ou épigastriques, de l'asthme (Heymann et Seifert) de l'ictus larynge (Cartaz), de l'œsophagisme (Joal), des syncopes (Chauveau), des convulsions, etc.

Le diagnostic est très facile à poser si l'on songe que cet organe peut être malade; il ne faut pas espérer, sauf dans de rares exceptions, apercevoir quelque chose avec le simple abaisse-langue; le doigt conduit à la base de la langue pourra permettre de

se rendre compte de l'état d'hypertrophie; ce qui vaut le mieux c'est le miroir laryngoscopique qui vous montrera aussitôt une masse généralement assez volumineuse placée au-dessous du V lingual, cette masse peut être bilobée et présenter une surface uniformément lisse, mais plus généralement cette surface est rouge, mamelonnée, irrégulière, et s'étend sur toute la base de la langue jusqu'aux parties laterales; elle vient buter fréquemment l'épiglotte qui ne peut pas se relever suffisamment pour l'examen laryngoscopique et quelquefois pour l'émission de la voix. A ce sujet je citerai le cas d'une femme qu'on m'adressa pour une aphonie rebelle et persistante, elle présentait une vaste hypertrophie de son amygdale linguale; or en tirant fortement sur la langue son amygdale était entraînée en avant, l'épiglotte se relevait davantage et la malade pouvait émettre certains sons qui étaient étouffés dès que la langue relâchée venait comprimer son épiglotte. Lorsqu'il s'agit de varices l'on voit la même région beaucoup moins mamelonnée mais couverte de varicosités rouges violacées.

Maintenant que le diagnostic est posé, que faut-il faire? C'est très simple lorsque l'on a un galvano-cautère courbe; quelques pointes de feu plus ou moins profondes sur la région, et au bout d'un nombre variable de séances, selon le degré du mal, vous en viendrez à bout. C'est de beaucoup la méthode de choix; pourtant l'on a conseillé des attouchements à la glycérine iodée ou au chlorure de zinc, mais franchement nous ne croyons guère à la vertu de tels badigeonnages. Quelquefois, lorsque l'hypertrophie est très volumineuse, on en pratique l'ablation au moyen de la pince d'Escat ou du tonsillotome de Lennox Brown. Inutile d'ajouter que les gargarismes, les inhalations, les bromures et toute la thérapeutique médicale agissent un peu comme un cataplasme chez un hydropique.

Les sinapismes au devant du cou, les bains de pieds sinapisés, la position haute de la tête pendant le sommeil sont à conseiller pour modifier la circulation et diminuer la toux linguale.

Il nous est arrivé très fréquemment de guérir des tousseurs invetérés sans que l'examen n'ait révélé quoi que ce soit au niveau de l'amygdale linguale, mais dans les cas seulement où le malade accuse des *picotements* ou des *chatouillements* dans la gorge. La pointe de feu agit soit en detruisant les extrémités nerveuses trop sensibles, soit en créant une irritation et même une petite douleur qui masque l'autre sensation; peut-être ne s'agit-il simplement que d'une cure reflexe, comme Bonnier en obtient et comme nous-même nous en obtenons en cautérisant la muqueuse nasale.

La consommation de la viande en Australie

On a constaté qu'un Australien consomme en moyenne 264 livres de viande par année, ce qui représenterait environ deux moutons et le cinquième d'un bœuf. Il mange deux fois plus de viande qu'un Anglais, trois fois autant qu'un Français et cinq fois plus qu'un Allemand ou un Suisse. Il lui faut, en outre, 375 livres de blé, 250 livres de pommes de terre, et environ 100 livres de sucre. S'il vient de la Tasmanie, il mange un quart de tonne de pommes de terre par année.

REVUE DE CHIRURGIE

Trois cas d'hypospadias péno-scrotal guéris par le procédés de Duplay

Par M. le Docteur BÉGOUIN

Si le procédé de Beck convient au traitement des hypospadias balaniques ou de la région tout antérieure du pénis, on est obligé de recourir à d'autres procédés pour les hypospadias dont l orifice est plus reculé, pénien ou péno-scrotal.

Dans ces derniers temps on a beaucoup employé, pour ces hypospadias, la tunellisation du pénis avec greffe dermo-épidermique (Nové-Josserand) ou bien combinée à une urétroplastie à lambeau scrotal (Rochet, de Lyon).

Bien que M. Jové-Josserand ait obtenu par son procédé de greffe d'excellents résultats, il semble, à lire ses observations, que plusieurs, au moins, de ses succés n'aient été obtenus qu'assez péniblement et après plusieurs opérations.

La fistulisation de l'urètre pour la dérivation du cours de l'urine, qui est considérée comme un des éléments de la réussite, vient encore compliquer cette méthode de traitement. Et dans un cas où je l'ai employée, j'ai en de la difficulté à fermer cette fistule artificielle. Aussi il me paraît plus simple d'employer pour la cure de ces hypospadias péno-scrotaux le procédé déjà ancien de Duplay par autoplastie.

Voici trois malades chez lesquels je l'ai utilisé et vous voyez que chez les trois j'ai obtenu la restauration de toute la partie antérieure de l'urètre sans persistance d'aucune fistulette.

Voici le résumé de l'observation de ces trois malades :

Obs. I. — Emile E..., sept ans. Hypospadias scrotal. Premier temps : Redressement de la verge, le 20 mai 1905. — Deuxième temps : Réfection de la partie antérieure du canal le 15 septembre 1905. — Troisième temps : Réunion des deux canaux après fistulisation périnéale à la Nové-Josserand le 6 janvier 1906.

Fermeture de la fistule périnéale le 17 mars 1906.

Obs. 2. — Roger M..., douze ans. Hypospadias péno-scrotal. Premier temps : 17 octobre 1907. — Deuxième temps : 8 février 1908. — Troisième temps : 6 mai 1908.

Une petite fistulette persistant au niveau de la réunion des deux canaux, une quatrième intervention a lieu le 16 septembre 1908.

Obs. 3. — René N..., treize ans. Hypospadias péno-scrotal. Premier temps : 30 octobre 1908. Deuxième temps : 18 mars 1909. — Troisième temps : 18 juin 1909.

Le procédé de Duplay, lorsqu'on en posséde bien la technique, me parait devoir donner des résultats réguliérement bons et au point de vue fonctionnel et au point de vue esthétique. Il est minutieux, exige une foule de précautions de détail et des soins sans lesquels on aboutit à des échecs; mais lorsqu'il est bien mis en œuvre je crois que ses résultats sont à peu près constants (1).

Le Diagnostic de la syphilis du Testicule

Par M. le Docteur MAURICE CHEVASSU
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Les trois affections avec lesquelles on risque de confondre la syphilis du testicule sont la tuberculose épididymo-testiculaire, l'hématocèle et le cancer du testicule.

Dans ses formes nettement épididymaires, la tuberculose ne ressemble guère, en fait, à la syphilis du testicule; elle ne peut être confondue qu'avec les rares localisations épididymaires de la syphilis.

Mais il arrive souvent que l'épididyme tuberculeux forme une tumeur énorme, deux à trois fois grosse comme le testicule lui-même, qu'elle englobe dans la concavité d'un volumineux « cimier de casque » qui, non seulement recouvre complétement le testicule en arrière, mais qui le déborde largement à ses deux pôles. Si vous n'êtes pas familiarisé avec le « cimier de casque » de ces tuberculoses avancées de l'épididyme, vous risquez de rattacher au testicule des lésions qui sont purement épididymaires. Le cas sera plus embarrassant encore si le testicule pris à son tour par la tuberculose, devient dur, irrégulier, voire adhérent au scrotum.

Voici quels éléments vous permettront de faire le diagnostic :

D'abord, le maximum des lésions tuberculeuses, se faisant à la queue de l'épididyme, se trouve localisé à la partie postérieure et inférieure de la masse intrascrotale; la syphilis, au contraire, étant essentiellement testiculaire, c'est presque toujours vers la face antérieure du scrotum que les lésions sont au maximum; cette régle reste vraie en matière d'adhérences; elle est classique surtout en matière d'ulcérations et de fistules.

Si, au sommet d'une masse dure intra-scrotale, vous arrivez à pincer une tête épididymaire normale, vous pouvez affirmer que cette masse dure n'est pas épididymaire, c'est-à-dire tuberculeuse, mais testiculaire, soit ici syphilitique.

A côté de ces moyens de diagnostic, faits sur les localisations différentes de la tuberculose et de la syphilis sur l'appareil épididymo-testiculaire, s'en placent d'autres qui s'appuient sur l'examen du reste de l'appareil génital.

Palpez dont le cordon; si le canal déférent est épaissi, moniliforme, la tuberculose est probable.

Palpez surtout le testicule et l'épididyme du côté opposé. Vous y constaterez souvent soit un petit noyau épididymaire, soit quelques grains de plomb, qui vous montrant la phase du début des lésions plus accentuées dont la nature vous intrigue, vous permettront de rattacher ces dernières à leur véritable cause.

Faites enfin un toucher rectal, toujours indispensable. Prostate et vésicules séminales sont souvent prises dans la tuberculose; la syphilis les laisse normales.

Ajouterai-je que pour constater des manifestations tuberculeuses ou syphilitiques, la réaction de Wassermann pourrait vous mettre sur la voie d'un diagnostic qu'il sera rarement nécessaire de confirmer par un traitement d'épreuve, car il est en somme habituellement facile.

Par contre le diagnostic entre la syphilis du testicule et l'hématocèle peut être très délicat.

Je sais bien que, d'habitude, l'hématocèle forme une tumeur plus régulière de surface et plus uniforme de consistance que ne l'est un testicule syphilitique. Mais il est des syphilis gommeuses de forme exactement ovoïde, de surface peu ou pas bosselée, de consistance homogène, et ces formes sont tout spécialement embarrassantes.

Parmi les caractères propres à l'hématocèle, il n'en est, en réalité, qu'un seul sur la constance duquel on puisse à peu près compter : c'est l'existence, à la partie postérieure et inférieure de la tumeur, d'une zone plus ou moins étendue de sensibilité testiculaire. Dans les gros testicules gommeux, s'il arrive, que la sensibilité testiculaire soit conservée, il y a toutes chances pour qu'elle ne le soit pas exclusivement dans cette même zone postérieure et inférieure; si la sensibilité a disparu, l'hématocèle est moins probable encore.

Mais si l'hématocèle n'est pas absolument typique par ses caractères que je désignerais volontiers sous le nom de positifs, elle l'est au

(1) *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux.*

contraire parfaitement par les deux caractères négatifs que voici : à la surface d'une hématocèle on ne peut pas pincer la vaginale ; au pôle supérieur d'une hématocèle, on ne peut pas pincer l'épididyme.

Dans la différenciation de l'hématocèle et de la syphilis, l'absence de pincement de la vaginale ne nous est pas d'un grand secours, car, dans la syphilis testiculaire, la vaginale est habituellement pathologique, adhérente, et ne peut être pincée. Par contre, beaucoup de syphilis testiculaires respectent l'épididyme. Si donc, au pôle supérieur d'une tumeur intrascrotale, vous parvenez à pincer l'épididyme vous pourrez affirmer que cette tumeur n'est pas une hématocèle.

Ainsi donc, ayant écarté toute éventualité d'épididymite tuberculeuse, toute possibilité d'hématocèle, vous en êtes arrivés à reconnaître que vous avez affaire, très évidemment, à un gros testicule. Il vous reste à savoir quelle est la nature de ce gros testicule, car il peut être aussi bien l'expression d'un cancer du testicule que d'une syphilis de cet organe.

Le cancer de la glande séminale est toujours unilatéral ; empressez-vous donc de rechercher si le testicule opposé ne présenterait pas quelqu'un de ces grains de plomb, quelqu'une de ces plaques de blindage caractéristiques de la syphilis. La bilatéralité des lésions constitue dès lors un argument capital en faveur de leur nature syphilitique.

Néanmoins, il est une cause d'erreur contre laquelle je dois vous mettre en garde. Du fait qu'un malade présente des stigmates indéniables de syphilis, du fait que chez lui la syphilis est connue, n'en concluez pas forcément que sa tumeur testiculaire est syphilitique, car, comme tant d'autres cancers, le cancer du testicule se développe volontiers chez les syphilitiques.

Dans un grand nombre de cas, vous n'aurez aucun argument sérieux pour rapporter le gros testicule à la syphilis plutôt qu'au cancer. C'est alors le traitement spécifique seulement qui décidera du diagnostic.

Mais, quand je parle d'un diagnostic par le traitement spécifique, je ne veux pas dire qu'il faudra attendre deux ou trois mois les résultats du traitement pour porter un diagnostic ferme. Rappelez-vous toujours qu'en matière de cancer possible les diagnostics ne sont jamais trop rapides, qu'ils doivent être des diagnostics d'urgence. Si, en huit jours d'un traitement intensif, la tumeur scrotale n'a pas diminué, portez le diagnostic de cancer et comportez-vous en conséquence. Au cas où la diminution aura été minime, hésitante, vous aurez le droit de continuer le traitement d'épreuve huit jours encore ; mais, cette deuxième semaine passée, ou la syphilis sera certaine, ou la parole sera au bistouri.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Vaccination préventive contre la varicelle

Par M. le Docteur Carl Kling

La varicelle a été considérée jusqu'ici comme une maladie peu dangereuse, n'exigeant pas de traitement. Toutefois, si cette opinion, dans la majorité des cas, est juste, l'expérience a prouvé que la varicelle, surtout quand elle pénètre dans des établissements où sont soignés un grand nombre de nourrissons, peut prendre un caractère malin. Des cas provoquant des cicatrices ne sont nullement rares ; des infections secondaires, des cas d'érysipèle partant des vésicules ont été souvent constatés. Des gangrènes cutanées, des pneumonies, des néphrites ont été également observées. Le médecin a donc le devoir de chercher un moyen préventif contre la propagation de cette maladie.

L'idée s'impose de provoquer par inoculation de la varicelle une forme bénigne de maladie créant l'immunité. Si une telle inoculation préventive n'a pas encore été opérée, cela s'explique par le fait qu'on suppose que la varicelle ne peut pas être inoculée sur un individu sain. Cette opinion est basée sur les nombreuses tentatives avortées faites surtout au commencement du XIXe siècle et aussi plus récemment.

A la mi-août de cette année, une épidémie de varicelle apparut à l'hospice des enfants à Stockholm. Jusqu'à présent, 32 cas ont été constatés ; tous ont manifesté des symptômes typiques. Une occasion favorable s'offrit donc d'éprouver la possibilité d'inoculer la varicelle sur des nourrissons bien portants.

Jusqu'ici l'inoculation a donné des résultats positifs dans 49 cas ; elle n'a échoué qu'exceptionnellement. Je me propose de donner ici un compte rendu succinct des résultats déjà obtenus relatifs aux *varicellæ inoculatæ* ; plus tard je fournirai de plus amples détails.

Technique. — Prélever la lymphe sur une vésicule varicelleuse, de date récente, au moyen d'une lancette ordinaire ; faire dans la peau de l'un des bras une piqûre légère, en évitant, si possible, les hémorragies. La réaction traumatique ayant disparu, les points d'inoculation pendant les jours suivants sont exempts de toute inflammation visible. Au *huitième jour*, se manifeste au lieu d'inoculation une ou, en général, plusieurs papules rouges. Le lendemain, ces papules sont en règle transformées en vésicules varicelleuses typiques. Les vésicules sont entourées d'une petite zone rouge rappelant l'aréole du cow-pox, quoique de plus petite étendue. Au cours des deux ou trois jours suivants, la zone rouge augmente et s'arrête quand elle a atteint un diamètre d'un centimètre. Elle est légèrement élevée, avec des bords diffus. Au troisième ou au quatrième jour la dessiccation des vésicules commence ; la zone rouge pâlit et on ne voit qu'une petite croûte brune à la peau environnante, pâle et légèrement desquamante. Après environ deux semaines et demie, les croûtes sont disparues et l'on ne découvre qu'avec difficulté de petites marques légères. Souvent on voit les efflorescences se développer chez le même sujet après une incubation différente. Ainsi la première peut apparaître au huitième jour, la deuxième au neuvième, la troisième au dixième, enfin par exception l'incubation peut même se prolonger jusqu'à *treize jours*.

Ce mode d'évolution des *varicellæ inoculatæ* s'accorde donc avec les poussées sucessives des vésicules de la varicelle naturelle.

Ces efflorescences artificielles se laissent inoculer d'un individu à l'antre. Nous sommes même parvenus jusqu'à la cinquième génération. Ces vésicules se développent de la même manière et ont le même aspect que celles de la première génération.

Un grand nombre des enfants chez lesquels la vaccination varicelleuse a pris avaient été inoculés avantageusement de cow-pox, quelques semaines ou quelques mois auparavant. On peut dont conclure que, très vraisemblablement, le virus de la varicelle et celui du cow-pox sont de nature différente.

Dans la plupart des cas le processus s'effectue sans troubles de la santé générale. L'enfant se comporte comme d'habitude. La courbe normale de température ne subit pas de changement. Dans quelques cas, une légère élévation de température a été constatée (jusqu'à 38 degrés C) en même temps qu'apparaissent les efflorescences. Ce qui est frappant, c'est que, par l'inoculation de la lymphe varicelleuse, une maladie si légère, restreinte aux lieux de vaccination, est provoquée sans généralisation. Nous avons pourtant à faire remarquer que chez 6 sur les 49 enfants vaccinés avec succès, quelques papules rouges ou des plaques urticaires se sont manifestées çà et là sur la peau, deux ou trois jours après l'apparition des vésicules artificielles. Il est difficile de décider si, dans ces cas, il s'agit d'une généralisation, ce qui est le plus vraisemblable, ou bien d'une forme de varicelle causée par une infection naturelle mitigée par la vaccination. Pour trancher la question, des expériences ultérieures sont nécessaires.

Or, on se demande : ces enfants sont-ils réfractaires au virus varicelleux? Dès à présent nous croyons pouvoir dire qu'ils le sont, quoique un temps assez long ne se soit pas encore écoulé, pour que nous puissions donner une réponse définitive à cette question.

Sur les 95 nourrissons soignés dans les deux services de l'hospice où s'est propagée l'épidémie, 31 ont été inoculés avec succès ; à présent plus d'un mois s'est passé depuis l'inoculation de la plupart de ces nourrissons. Sur ces 31, un seul enfant a pris une varicelle constatée, mais bénigne, avec des efflorescences très rares et sans fièvre. Parmi les 64 autres non vaccinés, 32 soit la moitié, ont déjà été atteints par la maladie, en général assez gravement, avec le développement d'un grand nombre de vésicules et une élévation de température (jusqu'à 39 ou 40° centigrades). Vu la grande prédisposition des nourrissons à cette maladie, il faut convenir que ces chiffres sont suggestifs : le résultat définitif sera publié aussitôt que l'épidémie aura cessé (1).

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

La Mort tardive par l'asphyxie (2)

Par M. J. Voncken,

Médecin de bataillon de 2e classe de l'armée belge

A propos d'une expertise médico-légale dans laquelle il s'agissait de déterminer si une fillemère était coupable d'infanticide par omission, Corin avait eu l'occasion d'attirer l'attention des experts sur la possibilité de la mort par asphyxie développée dans l'utérus d'enfants présentant des poumons bien aérés (*Arch. intern. méd. légale*, vol. III, fasc. 2, p. 130, 1912).

Rappelons l'affaire en quelques mots :

Une jeune fille s'accouche clandestinement d'un enfant à terme. Environ une heure après l'accouchement, d'après les déclaration de la fille, les parents surviennent et trouvent l'enfant mort entre les jambes de la mère. Le cordon ombilical est coupé, l'arrière-faix est expulsé. La fille prétend que presque immédiatement après l'accouchement, elle a eu une syncope et qu'elle est tombée sans connaissance, qu'elle n'a pu donner ses soins à l'enfant et que celui-ci, vivant très peu au moment de l'expulsion, est mort pendant la syncope de la mère.

L'autopsie établit que l'enfant a respiré et que les poumons présentent de nombreuses ecchymoses sous-pleurales. Il n'existe aucune trace de violences. Les médecins légistes déclarent que la mort doit être due à la compression de la tête par un corps mou, ou à la suffocation dans un espace confiné. Ils estiment que la mort est due au manque de soins. Ils n'admettent pas comme vraisemblable l'explication de la fille disant qu'elle a été prise d'une syncope.

Voici les remarques que présentait Corin dans son rapport d'expertise au sujet des lésions asphyxiques observées lors de l'autopsie :

« Je voudrais d'abord établir que les signes relevés par les médecins légistes chez l'enfant ne prouvent pas fatalement que l'asphyxie résulte de l'intervention active (enroulement de linges, étouffement par coussin (ou de l'abstention de la mère (avoir laissé séjourner l'enfant sous les

(1) Soc. de Biologie.

(2) Travail de l'Institut de médecine légale de l'Université de Liége.

convertures dans un espace clos). Les ecchymoses sous-pleurales peuvent se développer chez l'enfant pendant qu'il est encore dans le ventre de la mère, sous l'influence d'une compression du cordon, d'un détachement du placenta, parce que cette compression, ce décollement empêchant le passage du sang oxygéné dans le corps de l'enfant, mettent celui-ci dans un état d'asphyxie.

Il arrive que des enfants ainsi asphyxiés viennent au monde en état de mort apparente, puis spontanément se mettent à respirer quelque fois. Ces quelques fois suffisent à aérer leurs parenchyme pulmonaire, mais non à ranimer suffisamment le centre respiratoire. L'enfant meurt donc sans que l'entourage se doute même un instant qu'il a vécu. A l'autopsie, on constate les lésions que les médecins légistes ont décrites chez l'enfant et qu'ils ont interprétées comme prouvant une asphyxie de l'enfant hors du ventre de la mère. »

Cette interprétation de la mort par asphyxie en quelque sorte différée, porte en soi une apparence quelque peu paradoxale. En effet, un enfant présente des signes d'asphyxie pendant son expulsion, par suite du manque d'oxygène.

Après son expulsion, comme l'asphyxie n'a pas accompli toute son œuvre, l'enfant respire, absorbe l'oxygène qui lui faisait défaut, et c'est pendant qu'il répare le trouble apporté à la composition de son sang, alors que son sang est peut-être redevenu normal, quant à sa teneur en oxygène, que survient la mort provoquée par le manque d'oxygène?

Il semblerait naturel à première vue, que si l'asphyxie n'a pas été suffisante pour amener la mort au moment où l'enfant arrive à l'air libre, cette asphyxie n'a plus de raison pour amener la mort, *ablata causa*. En fait, Corin explique pourquoi la mort peut encore survenir après que l'hématose a été rendue possible ; les centres respiratoires qui ont été lésés pendant la période de manque d'oxygène ne parviennent pas à retrouver leur intégrité et c'est la mort de ces centres qui amène la mort de l'enfant.

On pourrait donc dire que la mort n'est pas une mort par asphyxie mais une mort consécutive à la cessation du fonctionnement des centres respiratoires lésés par une asphyxie qui en soi n'était pas suffisante pour provoquer la mort.

L'opinion peut paraître toute théorique quoique, pratiquement, Corin, selon sa remarque, a plusieurs fois par an l'occasion de pratiquer devant ses élèves, des autopsies de nouveaux-nés provenant de la Maternité et présentant les mêmes lésions que celles décrites dans le cas qui nous occupe.

Il était cependant intéressant de transporter la question dans le domaine de l'expérimentation et de rechercher s'il était possible de réaliser chez l'animal une asphyxie d'une durée telle que l'animal pût reprendre l'aspect de la santé, après avoir été rendu à l'air libre, tout en succombant cependant aux lésions que l'asphyxie avait pu provoquer. Nous avons entrepris ces recherches sur des cobayes et après avoir pu réaliser certaines conditions, de temps, nous avons obtenu le résultat désiré.

Voici, à titre d'exemple, les protocoles de deux expériences :

Nous réalisons l'asphyxie des cobayes en les introduisant dans une cloche hermétique correspondant avec l'extérieur par deux orifices placés l'un dans la partie supérieure, l'autre dans la partie inférieure de la cloche. On peut introduire rapidement de l'anhydride carbonique dans la cloche par l'orifice inférieur, tandis que l'air est expulsé par l'orifice supérieur.

Le remplacement de l'air atmosphérique par l'anhydride carbonique peut se faire en quelques secondes. Ensuite les deux orifices sont fermés.

Voici les résultats obtenus dans une première expérience :

Le cobaye est introduit dans la cloche.

A 4 h. 2', on introduit l'anhydride carbonique.

A 4 h. 6', le cobaye est en pleine phase de dyspnée, sa respiration est accélérée et haletante, elle présente un type inspiratoire.

A 4 h. 9', l'animal tombe sur le flanc, la respiration est encore accélérée.

A 4 h. 10', les mouvements respiratoires deviennent rares, ils présentent le type expiratoire.

A 4 h. 13', les mouvements respiratoires deviennent de plus en plus rares ; pendant les intervalles de plus en plus longs séparant les mouvements respiratoires, l'animal reste inerte et semble mort.

A 4 h. 17', l'animal semble mort, il est retiré de la cloche et déposé sur la table. Quelques rares mouvements inspiratoires faibles. L'animal, sans faire de mouvements autres que ceux des muscles respiratoires, accélère peu à peu ces derniers qui deviennent en même temps plus amples.

A 4 h. 21', l'animal est pris soudain de convulsions généralisées qui durent cinq secondes ; ensuite les mouvements respiratoires deviennent beaucoup plus fréquents. Le cœur donne 110 pulsations à la minute.

A 4 h. 22', l'animal se soulève sur les pattes antérieures, le réflexe cornéen a reparu ; l'animal circule sur la table ; il présente un peu de parésie des membres postérieurs.

A 4 h. 25', l'animal tombe brusquement sur le flanc ; la respiration devient courte et accélérée ; les pulsations extrêmement rapides sont incomptables, très faibles. Le réflexe cornéen a disparu.

Nous pratiquons la respiration artificielle en comprimant légèrement le thorax. Le rythme respiratoire change, ce sont maintenant de grands mouvements d'inspiration. Les narines et la muqueuse buccale perdent leur teinte cyanosée qu'elles présentaient à 4 h. 25', le réflexe cornéen reparaît.

A 4 h. 28', l'animal relève la tête, la respiration est spontanée, on cesse la respiration artificielle. Le rythme respiratoire semble normal.

A 4 h. 29', l'animal laisse retomber la tête ; la respiration devient très fréquente, courte, haletante. Bientôt apparaissent de grands mouvements respiratoires.

A 4 h. 30', on recommence la respiration artificielle.

A 4 h. 32', malgré la respiration artificielle, les mouvements respiratoires spontanés ont disparu, le cœur bat faiblement.

A 4 h. 35', le cœur ne donne plus de pulsations perceptibles.

A l'autopsie, on constate que la muqueuse des bronches est tapissée d'un peu de mucosité claire. La surface pulmonaire est recouverte d'ecchymoses énormes.

Ainsi donc l'animal préalablement asphyxié a vécu quinze minutes après son extraction de la cloche et sa restitution à l'air libre ; la respiration artificielle elle-même n'a pas empêché la mort de l'animal et ce dernier a montré pendant un certain temps des muqueuses bien rosées comme en présentent les animaux recevant librement l'oxygène nécessaire à leur respiration.

Voici les résultats obtenus dans une deuxième expérience :

L'animal est placé dans les mêmes conditions que celles réalisées dans l'expérience précédente. La suppression de l'oxygène et la substitution de l'anhydride carbonique à ce dernier donne lieu aux mêmes manifestations asphyxiques. Au bout de dix minutes l'animal est retiré de la cloche et rendu à l'air libre.

L'animal reste sur le flanc, comme privé de vie, à l'exception des mouvements respiratoires lents et profonds, pendant 90 secondes. Ensuite, il se lève, marche et paraît complètement rétabli. Il présente pendant 4 minutes l'apparence d'une activité vitale normale, puis subitement il tombe sur le flanc, agité par une respiration courte, haletante et accélérée, les pulsations cardiaques sont très fréquentes, incomptables. Deux minutes plus tard, le rythme respiratoire change, les mouvements respiratoires deviennent amples et diminuent de fréquence. Une minute après l'apparition de grands mouvements respiratoires, la respiration cesse, les pulsations persistant encore pendant une demi-minute environ.

A l'autopsie, nous constatons les mêmes lésions que dans l'expérience précédente.

Dans ce cas-ci, l'animal soustrait au milieu privé d'oxygène a donc présenté une phase de 4 minutes pendant lesquelles il n'a présenté aucune manifestation pouvant faire supposer qu'il eût une lésion et spécialement une lésion mortelle à brève échéance. Il est à remarquer qu'après cette période, les signes de ses altérations pathologiques ont reproduit, dans leur ordre, mais avec peut-être un peu plus de rapidité, toute les phases de l'asphyxie aiguë, quoiqu'il n'y eut à ce moment aucun obstacle à l'arrivée de l'oxygène.

Ces manifestations de l'irritation, puis de la paralysie progressive du centre respiratoire, en l'absence de tout trouble dans la composition du milieu gazeux ou de toute altération des voies d'accès de l'air aux poumons, montrent bien que c'est dans le centre respiratoire même qu'il faut aller chercher la cause des phénomènes qui se déroulent après que l'animal a repris toute l'apparence de la santé.

Il faut admettre que les lésions produites par l'asphyxie expérimentale atteignaient le centre respiratoire et que ces lésions étaient nécessairement progressives malgré la suppression des conditions de l'asphyxie.

Ces expériences montrent qu'un individu qui a subi une asphyxie intense, peut, après cessation des conditions de l'asphyxie, paraître complètement indemne pour succomber cependant peu de temps après le moment où les conditions réalisant l'asphyxie ont pris fin.

C'est, en particulier, les cas pour les enfants qui ont souffert d'asphyxie pendant l'accouchement, s'ils arrivent au jour avant le moment où l'asphyxie a fait son œuvre mais après le moment où le centre respiratoire a été irrémédiablement lésé.

Cette interprétation suffit à expliquer la mort des nouveaux-nés par asphyxie intra-utérine et présentant toutefois des poumons d'enfants ayant respiré à l'air libre. Ces genres de mort, lorsqu'ils se présentaient dans des cas où des manœuvres criminelles ne pouvaient être soupçonnées, avaient été, pour une certaine part du moins attribuées à une respiration intra-utérine de l'enfant et l'on admettait que l'introduction des doigts pendant les manœuvres obstétricales, après la rupture de la poche des eaux avait pu amener de l'air au contact des voies respiratoires de l'enfant. Toutefois, cette interprétation ne pouvait être admise que dans des cas où des manœuvres obstétricales avaient été nécessaires, ou du moins lorsque l'accouchement avait été difficile et prolongé. De tels cas, pour s'être d'ailleurs déjà présentés (Klein, *Viertel Jahrsch. f. ger. Med.*, 1892) n'en constituent pas moins des exceptions. Nous pourrions en dire autant des cas où l'utérus renferme des gaz (tympanisme utérin) et des cas tout hypothétiques où l'enfant se présentant par la face aurait pu respirer grâce à la pénétration d'un peu d'air dans les voies génitales à la suite de certains mouvements du bassin.

REVUE DE DIÉTÉTIQUE

Le Sucre dans l'Alimentation

Par M. Pierre Fauvel,
Professeur à l'Université catholique d'Angers

Depuis quelques années le sucre est fort à la mode. De tous côtés on prône ses vertus et l'on pousse à sa consommation, pourtant très considérable déjà, si on la compare à ce qu'elle était jadis.

Sa valeur calorifique élevée, d'une part, le rôle important du glucose du sang dans la production de l'énergie musculaire, établi par Chauveau, d'autre part, donnent une base scientifique à cette campagne en faveur du sucre.

Peut-être, dans ce bel enthousiasme, a-t-on outrepassé quelque peu les règles de la prudence. Il semble que certaines restrictions s'imposent à cet égard.

Le sucre industriel est du saccharose presque chimiquement pur dont 100 grammes fournissent 396 calories. Il est entièrement absorbé par l'organisme sans laisser aucun déchet dans l'intestin.

Ces qualités (?) sont-elles vraiment aussi avantageuses qu'on veut bien le dire, ne doivent-elles pas plutôt être considérées comme des défauts ?

Le sucre et l'alcool sont à peu près les seuls aliments formés d'un corps unique, chimiquement pur, complètement privé de sels minéraux. Aucun aliment naturel ne présente ces caractères. Tous sont des mélanges plus ou moins complexes et aucun aliment organique n'est dépourvu de sels minéraux dont on connaît maintenant l'absolue nécessité. On sait, par exemple, que l'albumine privée de ses sels n'a plus aucune valeur nutritive.

La propriété de fournir un nombre élevé de calories à l'organisme n'est pas toujours un critérium de la valeur d'un aliment. L'alcool, qui jouit de cette propriété, est un détestable aliment, ainsi que l'a affirmé Atwater. Deux aliments de valeur calorique égale ne peuvent pas toujours être substitués l'un à l'autre indifféremment. Bien d'autres considérations interviennent. Si la valeur calorifique fournit des renseignements souvent fort utiles pour l'établissement d'une ration, il ne faut cependant pas s'en exagérer l'importance.

La propriété d'un aliment d'être rapidement et facilement absorbé sans laisser de déchets dans l'intestin, loin d'être une qualité, est au contraire un défaut sérieux. Il n'est pas nécessaire d'être bien grand physiologiste pour constater que les organes se développent par l'exercice et s'atrophient par le repos.

Supposez un homme restant couché et évitant tout mouvement de crainte de fatiguer ses muscles, croyez-vous que ce repos prolongé le transformerait en athlète ?

Il en est de même de l'appareil digestif, donnez-lui des aliments tout prêts digérés, entièrement assimilables sans déchet et vous verrez bientôt ses facultés digestives s'amoindrir, ses glandes s'atrophier, sa musculature s'affaiblir et toutes sortes de misères et d'accidents survenir.

Pawlow a montré que les sécrétions augmentent ou diminuent et se modifient suivant les aliments auxquels elles s'adaptent au point que certaines fonctions peuvent presque disparaître, faute d'usage.

C'est pourtant ce que l'on semble perdre de vue lorsqu'on se livre à l'enthousiasme au sujet de récentes expériences sur l'assimilation de l'albumine spécifique et des produits de désintégration des protéides. On entrevoit la réalisation du rêve de Berthelot, l'alimentation chimique en pilules concentrées. Que des chimistes se laissent séduire par cette charmante perspective, rien de plus naturel, mais que des physiologistes partagent cet optimisme, voilà qui est plus étonnant.

Il suffit de regarder autour de soi pour constater la fausseté de cette théorie d'après laquelle l'albumine la plus avantageuse pour un animal serait celle de sa propre espèce, parce que plus facilement assimilable. Pareil régime n'est jamais réalisé normalement dans la nature, et le régime le plus avantageux est celui auquel l'animal est adapté plus ou moins étroitement. La larve de l'*Anobium* se nourrit de bois et ne mange pas ses congénères. Beaucoup de chenilles ne vivent que sur une plante déterminée ou sur un petit nombre de plantes de la même famille et meurent invariablement avec toute autre nourriture.

La viande de bœuf est-elle le régime idéal des vaches ? A Terre-Neuve et en Islande on leur donne il est vrai, des débris de poisson dont elles s'accommodent, faute de mieux, mais cette albumine animale leur réussit certainement moins bien que l'albumine hétérogène de nos belles prairies normandes.

Par contre on conçoit mal des tigres paissant l'herbe.

Ce n'est pas parce qu'un animal a pu vivre quelque temps et même augmenter de poids avec une nourriture artificielle, que l'on peut en conclure que celle-ci est supérieure à son régime naturel. Il faut prolonger l'expérience pendant plusieurs générations et voir si la race en bénéficie.

Houssay a réussi à nourrir des poules avec de la viande, mais il a vu la race dégénérer et s'éteindre en quelques générations, après avoir présenté de nombreuses modifications pathologiques.

L'aliment concentré, se digérant sans travail et sans résidu, peut être précieux, dans certains cas, pour remonter un malade sans appétit ; c'est dans de pareilles conditions que le sucre a donné d'excellents résultats au Dr Toulouse et au Dr Fabrègue, mais ce n'est pas l'aliment qui convient à l'homme normal. Celui-ci a besoin d'une nourriture donnant un certain travail à ses organes digestifs, en stimulant ainsi l'activité et fournissant des déchets suffisants pour entretenir le péristaltisme intestinal. L'alimentation un peu grossière produit des hommes vigoureux, la nourriture délicate et raffinée fait des dyspeptiques et des névrosés.

Mais revenons au sucre. Chauveau a montré toute l'importance du glycogène et du glucose dans la production de l'énergie musculaire. Ce serait finalement du glucose que l'organisme utilise comme source d'énergie. De là à prôner le sucre il n'y a qu'un pas et il a été rapidement franchi. Cependant il faut remarquer que le sucre industriel n'est pas, comme celui des fruits ou celui du sang, du glucose mais du saccharose privé de sels minéraux et non engagé dans des combinaisons organiques. Injecté dans la circulation le saccharose est rejeté par le rein sans pouvoir être utilisé par l'organisme. A cela on répondra qu'ingéré il est rapidement dédoublé dans l'appareil digestif en glucose et lévulose facilement absorbés. Seulement est-il prouvé que ce dédoublement se fasse toujours intégralement et sans dommage pour l'organisme quand la dose est tant soit peu élevée ?

Le glucose et même le saccharose, des fruits, toujours accompagnés de composés organiques et de sels minéraux, échappent à cette critique. Le sucre ne leur est pas comparable.

Les propriétés d'une plante et celles de l'alcaloïde que l'on en retire sont différentes, elles varient même suivant que la plante est fraîche ou desséchée ainsi qu'on l'a constaté récemment pour la digitale et la kola (1).

Gautrelet (2) soutient que l'abus du sucre est un grand facteur d'oxalurie. Chez les sédentaires et les arthritiques, le sucre n'étant pas complètement oxydé par un exercice intense, fournit de l'acide oxalique dont la nocivité n'est plus à démontrer.

Toutes ces objections ne manquent pas d'importance mais on peut leur reprocher d'être en partie théoriques. Examinons donc dans la pratique les effets du sucre employé abondamment dans l'alimentation. En introduisant le sucre dans la ration, de nombreux auteurs ont obtenu une augmentation de poids marquée et noté une épargne de l'albumine. On connaît les expériences de Grandeau sur l'engraissement du bétail, l'usage du sucre dans les sports et les expériences faites, à cet égard, dans plusieurs armées européennes. Le Dr Toulouse et le Dr Fabrègue ont obtenu des augmentations de poids notables et un rapide relèvement des forces chez des malades anorexiques, très amaigris, en introduisant de 50 à 300 gr. de sucre, par jour, dans la ration. Ces résultats sont fort intéressants mais demandent, cependant, à être examinés de près.

Les expériences sur le sucre dans l'alimentation du soldat ont donné des résultats assez contradictoires. On peut reprocher à certaines leur courte durée et la façon parfois peu scientifique dont elles ont été conduites. Dans certains cas le sucre a été ajouté à la ration et non substitué à une quantité isodyname d'autres aliments. D'après le Dr Bienfait, (1), le sucre serait plutôt profitable lorsqu'il y a défaut de nourriture ou travail exagéré. Le Dr Boigey (2), médecin militaire, a fait prendre à 20 soldats 40 gr. de sucre par jour, pendant un mois, ils ont gagné généralement en poids et fait un travail musculaire plus important, *mais ils ont présenté une certaine tendance à la dyspepsie*.

Gouin et Andouard (3) ont repris les expériences d'alimentation sucrée sur des génisses. En voici la conclusion :

« L'effet le plus apparent du régime sucré fut de réduire la sécrétion urinaire à un taux anormal en même temps que les échanges organiques subissaient un ralentissement considérable. » *La digestion de l'azote a passablement fléchi.* Il en est, cependant, résulté une augmentation de poids.

Sur ses malades le Dr Fabrègue constate aussi une augmentation de poids et une diminution frappante de l'azote urinaire excrété (l'azote des fèces n'a pas été dosé). Il semblerait naturel d'en conclure à une augmentation de l'azote fixé dans l'organisme, mais les expériences de Gouin et d'Andouard jettent un jour nouveau sur la question et prouvent que l'interprétation peut être tout autre.

Parisot et Mathieu (4) ont constaté, sur des lapins, que l'ingestion de glucose ou de saccharose provoque une diminution de la diurèse, sans que l'alimentation, par ailleurs, soit en cause et sans qu'il y ait élimination compensatrice d'eau par les fèces. L'augmentation de poids est due, en grande partie, à une rétention d'eau.

Puis, cette diminution de la diurèse va en s'atténuant jusqu'au moment où l'ingestion de sucre entraîne l'hyperglycémie d'emblée, comme dans le cas d'injection de sucre intraveineuse et comme on en observe dans le diabète.

L'étude de la courbe des poids, chez le lapin soumis à l'ingestion répétée de sucre, manifeste l'existence de trois phases successives : 1° diminution de poids ; 2° reprise ou augmentation ; 3° diminution, correspondant à trois modes de réaction de l'organisme : accoutumance, tolérance intolérance. Les troubles causés par la première ingestion de sucre (première phase) sont assez rapidement réparables ; ceux amenés par des quantités plus considérables de sucre (troisième phase) sont durables et correspondent à des lésions profondes, il se produit de la glycosurie, de l'ammoniurie et, dans la période ultime, la diminution de poids s'accroît encore, tandis que se manifestent des phénomènes toxiques et mortels dus à l'acidose.

L'augmentation du poids, on le voit, n'a pas toujours la signification favorable qu'on lui attribue généralement. C'est encore une erreur très répandue en matière de régime, de juger la valeur d'un aliment par l'augmentation de poids plus ou moins rapide du sujet.

Des variations de poids, assez étendues, sont dues, bien souvent, ainsi que j'ai pu le constater maintes fois dans mes expériences, à de simples variations d'hydratation, sans rapports directs avec

(1) Tabuteau. — *Archives médicales d'Angers.*

(2) Gautrelet. — *Essai uréoséméiologique sur l'Autointoxication oxalique* (Revue des maladies de la nutrition, octob. 1906, p. 435-443.)

(1) *Le Caducée*, 6 février 1904.

(2) *Le Caducée*, 9 janvier 1904

(3) *C. R. Société de Biologie* 13 juillet 1912, p. 113.

(4) *C. R. Société de Biologie*, janvier 1913, p. 48-50 et 168-170.

le régime. En vingt-quatre heures on peut voir varier le poids de 1 à 3 kilos, malgré la constance, presque absolue, de l'ingestion et de l'excrétion des éléments autres que l'eau et l'acide carbonique ; un travail musculaire intense, une sudation profuse, une nuit d'insomnie, une émotion, un écart de température et d'autres causes qui nous échappent peuvent facilement produire ce résultat (1).

Dans certains cas l'augmentation de poids est pathologique. On voit parfois des tuberculeux, soumis à la suralimentation, augmenter de poids sans qu'il en résulte autre chose qu'une intoxication plus considérable et un dénouement fatal plus rapide.

L'obésité n'est que l'exagération d'un phénomène pathologique. Le régime d'engraissement appliqué au bétail est excellent au point de vue de l'homme qui veut en faire sa nourriture, il serait néfaste pour l'animal si celui-ci n'était sacrifié à temps. Le porc de concours périt parfois de pléthore avant d'atteindre l'abattoir. L'idéal de l'homme n'est pas de se mettre à l'engrais et d'adopter les méthodes qui réussissent en zootechnie. L'animal domestique est un malade et un déchu, comparé à l'animal sauvage qui, lui, n'est presque jamais gras, mais qui présente le maximum de vigueur et de santé.

L'emploi quotidien du sucre à haute dose soulève encore une question plus grave. On peut encore se demander si cet usage répété n'est pas susceptible d'engendrer le diabète à la longue. Les partisans du sucre ne croient pas à ce danger, et ils citent des cas de sujets, bien suivis à cet égard, et chez lesquels l'ingestion journalière de 100 à 200 grammes de sucre, continuée pendant plusieurs années, n'a jamais causé de glycosurie.

D'après Le Goff (2) cependant, *chez l'homme normal*, l'ingestion de 100 grammes de saccharose produit très souvent une glycosurie passagère alors qu'un excès d'amidon ne **le** produit jamais.

Le Dr Fabrégue (3), partisan du sucre dont il a obtenu d'excellents résultats chez des malades débilités et anorexiques, difficiles à alimenter, reconnaît, cependant, qu'il est prudent de ne pas dépasser 300 grammes par 24 heures, car, souvent, en donnant des doses supérieures, on voit paraître la glycosurie. Même pour les sujets non diabétiques et ayant subi, avec succès, l'épreuve de la glycosurie, il recommande de s'assurer tous les huit jours, environ, pendant toute la durée du traitement, de l'absence de sucres urinaires.

Sur les 22 observations du Dr Fabrégue, il n'y en a que deux d'un an, deux de vingt et un mois, une de deux ans et une de trois ans. Comme nombre et comme durée ce n'est pas peut-être tout à fait suffisant pour permettre d'affirmer que l'usage quotidien de 100 à 150 gr. de sucre peut être conseillé d'une façon générale, sans crainte du diabète, ainsi que le fait le Dr Fabrégue dans son article de « Demain » (4). Est-il bien prudent de préconiser ainsi l'usage régulier de la moitié de la dose que lui-même reconnaît critique (300 gr.) et qu'il n'applique, d'ailleurs, qu'après l'épreuve négative de la glycosurie et en s'entourant de précautions significatives ?

Etant donné le grand nombre de candidats au diabète et de diabétiques qui s'ignorent, il semble y avoir là un danger qui n'est pas chimérique.

En France, de 1820 à 1890, en 70 ans, la consommation du sucre a *décuplé* et, depuis cette époque, elle a encore augmenté d'une façon considérable, Or, d'après Le Goff (5), de 1880 à 1909, en 30 ans, le nombre des décès, dus au diabète, a *quadruplé* dans le département de la Seine, passant de 0,644 par 10.000 habitants, en 1880, à 2,930, en 1909. Comme le fait remarquer l'auteur, les méthodes d'analyse du sucre urinaire n'ayant pas varié depuis 50 ans, il est peu probable qu'il faille admettre qu'autrefois un grand nombre de cas étaient méconnus. D'ailleurs, si ce nombre n'avait pas varié, il faudrait admettre que les cas de mortalité seraient passés de 1 à 4, puisque les décès ont quadruplé.

Si le diabète frappe, de préférence, les classes aisées à repas copieux, à vie sédentaire et sans travail corporel, il semble aussi qu'on doive accuser la consommation exagérée de saccharose, puisque, nous l'avons vu, une dose élevée produit une glycosurie passagère, même chez l'homme normal.

La statistique indique, en outre, que « ce sont les pays qui consomment le plus de saccharose qui nous montrent le plus grand nombre de diabétiques ».

Si la relation de cause à effet entre ces deux phénomènes parallèles n'est pas rigoureusement établie, elle est possible, fort probable même, et cela doit inciter à la prudence.

On comprend, dans ces conditions, le cri d'alarme jeté, avec un peu d'exagération peut-être, par le Dr Carton (2).

La consommation du sucre en quantité élevée est d'ailleurs encore trop récente dans l'histoire de l'humanité pour qu'on puisse affirmer, avec certitude, son innocuité sur l'avenir de la race. En matière d'alimentation, les inconvénients d'un mauvais régime ne se font souvent sentir qu'au bout de longues années, parfois après plusieurs générations. Le buveur modéré ne devient alcoolique qu'après un long usage de doses paraissant inoffensives. Les mauvais effets du régime trop carné n'apparaissent qu'à la longue et l'arthritisme qui en résulte ne devient grave qu'à la deuxième ou troisième génération, si la première était robuste. Ce ne sont donc pas de courtes expériences d'un an ou de deux ans, sur des sujets soigneusement triés au point de vue glycosurique, qui peuvent nous rassurer entièrement sur l'innocuité du sucre et, dans le doute, la prudence conseille une grande modération dans sa consommation.

Après avoir fortement poussé, jadis, au régime ultracarné, la plupart des médecins commencent à s'apercevoir de ses inconvénients et même à supprimer, plus ou moins complétement, la viande dans bien des cas où on la prescrivait auparavant.

Il en est de même de l'alcool et des vins toniques dont la consommation, après avoir atteint un maximum très élevé dans les hôpitaux, tend maintenant à s'y réduire de plus en plus. Mieux vaudrait ne pas recommencer les mêmes errements avec le sucre et risquer de s'apercevoir trop tard que l'on a fait fausse route.

Après tout, le dédain du peuple et des travailleurs robustes pour les sucreries est peut-être fort bien justifié.

Dans le doute méfions-nous du sucre, n'en usons qu'avec prudence et remplaçons-le plutôt, autant que possible, par les fruits sucrés. frais ou secs, qui en ont toutes les qualités énergétiques sans en présenter les dangers.

(1) P. Fauvel. *Association française pour l'avancement des Sciences*. Congres de Grenoble, août 1904. p. 889-903. — Congrès de Lille, 1909, p. 977. — 1er Congrès d'hygiène alimentaire, Paris, 1906.

(2) Le Goff *De la mortalite des diabétiques à Paris et dans le département de la Seine*. (C. R. Académie des Sciences, Paris, 20 mars 1911, p. 794.)

(3) Fabrègue. *Considérations sur la suralimentation par le sucre*. Thèse, Paris 1910.

(4) *Demain*, n° 14, du 10 novembre 1912, page 229.

(5) *Loc. cit.*

(2) Dr Carton. *Les trois aliments meurtriers*. (Réforme alimentaire, février-mai 1912.)

Une femme médecin professeur

Le féminisme étend ses conquêtes partout. Mlle Rachel Hirsch, doctoresse en médecine, vient d'obtenir le titre de professeur. Elle est la première doctoresse en médecine de l'Allemagne qui ait obtenu ce titre. Il y a bien deux autres professeurs femmes, mais elles le sont pour la philosophie ; ce sont : la comtesse Linden, à Bonn, et Mme Lydia Rabinowitch-Kempner, à Berlin.

CARNET DU PRATICIEN

Troubles nerveux de la ménopause

Insomnies, douleurs nocturnes et fourmillements pénibles dans les membres, rachialgie, céphalée particulièrement rebelle, irritabilité psychique, etc., sont symptômes fréquents au moment de la ménopause, ils inquiètent les patientes et laissent souvent le praticien désemparé devant leur ténacité.

1° Opothérapie ovarienne.

Opothérapie ovarienne et opothérapie thyroïdienne associées ;

2° Bains alcalins tièdes et prolongés ;

3° Véronidia .... Un flacon

Matin et soir, une cuillerée à dessert dans une tasse d'infusion de tilleul ;

4° Un matin sur trois, remplacer la dose de Véronidia par un petit lavement à garder, préparé comme suit par le pharmacien :

Infusion concentrée de valériane..................... 125 c.c.

Filtrer sur un linge fin et ajouter :

Extrait de belladone........ 2 centigr.
Bromure d'ammonium...... 2 grammes

Abcès froid tuberculeux

Quel que soit l'abcès, ne pas l'ouvrir et recourir aux ponctions pour évacuer le pus.

Injecter ensuite par doses de 2 à 3 centimètres cubes, le liquide suivant :

Iodoforme .... 5 grammes
Ether sulfurique............ 10 —
Gaïacol .... 2 —
Créosote .... 2 —
Huile d'olive stérilisée....... 100 c. cubes

On prendra soin de laisser les vapeurs s'échapper par le trocart.

Contre la dysphagie des tuberculeux

Menthol......................... 0 gr. 50
Eau de laurier-cerise .... 25 —
Alcool à 60° .... 50 —

1° Une cuillerée à café dans un bol d'eau bouillante pour inhalations.

2° Pratiquer à l'aide d'un pulvérisateur à vapeur une pulvérisation avec le mélange suivant :

Menthol.................... 2 grammes
Teinture d'eucalyptus...... 20 —
Alcool à 90°............... 140 —
Eau distillée.. .... 340 —

Répéter les pulvérisations trois ou quatre fois par jour.

3° Une demi-heure avant le repas, recourir à des insufflations avec l'une des deux poudres suivantes :

Chlorhydrate de morphine .:. 2 grammes
Gomme arabique............. 2 —

ou bien :

Cocaïne (Chlorhydrate) .... 2 grammes
Gomme arabique............. —

4° Enfin, l'on peut obtenir l'anesthésie directe du nerf laryngé supérieur soit en le sectionnant, soit au moyen d'injections de novocaïne-adrénaline.

Traitement de l'éclampsie à la phase prodromique

1° Diète hydrique absolue.

2° Repos au lit et isolement dans une chambre aérée, à demi obscure et silencieuse.

3° Evacuation de l'intestin au moyen de 60 grammes d'huile de ricin additionnée d'une goutte d'huile de croton. Ensuite grande entéroclyse de 2 à 4 litres.

4° Lavement composé :

Hydrate de chloral de 2 à 4 grammes
Lait tiède.................. 150 —

5° Saignée de 400 à 500 grammes.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. Zante

VARIÉTÉS

La Lutte contre la Cocaïne et la Morphine

En présence des ravages causés par l'opium et la cocaïne, le Parlement s'est ému et plusieurs projets ont été déposés ayant pour but soit d'interdire la vente et la circulation de l'opium, soit d'en réprimer le débit. M. Mille, député, a été chargé par la commission d'hygiène de la Chambre de faire un rapport sur ces différentes propositions.

Dans ce document, le rapporteur constate tout d'abord que les pouvoirs publics ne sont pas complètement désarmés, et il ne manque plus que l'approbation de l'Académie de médecine pour qu'une réglementation sévère soit appliquée à tous les toxiques : morphine, opium, éther, cocaïne, haschisch.

Cependant l'œuvre de répression serait inefficace, si elle n'envisageait d'autres moyens d'enrayer ces fléaux. Dans ce but, M. Mille propose à la Chambre d'adopter le projet de loi que voici :

Article premier. — Les pharmaciens ne peuvent délivrer soit en nature soit en solution pour injections hypodermiques ni cocaïne, ni opium, ni morphine ou autres sels dérivés de l'opium que sur la prescription d'une personne ayant qualité pour les prescrire : médecin, vétérinaire ou chirurgien-dentiste.

Il est également interdit aux pharmaciens de délivrer sans ordonnance régulière une poudre à priser contenant plus d'un centième de cocaïne.

Art. 2. — Lorsqu'il prescrit l'un des toxiques indiqués à l'article premier qui précède, le rédacteur de l'ordonnance, sous peine de tomber sous le coup de sanctions prévues par la loi du 19 juillet 1845, est tenu : 1° de rédiger cette ordonnance lisiblement en indiquant le mode d'emploi ; 2° d'écrire en toutes lettres les doses des produits prescrits ; 3° de coller sur chacune de ces ordonnances un timbre mobile qui lui est remis sur sa demande par la préfecture du département où il exerce.

Art. 3. — Le pharmacien qui exécute une ordonnance rédigée conformément aux prescriptions qui précèdent est tenu, avant de la rendre à son client, d'oblitérer et de dater le timbre qui y sera apposé et de recopier sur l'étiquette le mode d'emploi porté sur l'ordonnance.

Chaque ordonnance ne doit être exécutée qu'une fois par le pharmacien, à moins d'indication contraire de l'auteur de la prescription, qui est tenu, dans ce cas, d'apposer sur l'ordonnance autant de timbres qu'il désire de renouvellements.

Le ou les timbres supplémentaires sont oblitérés et datés par le pharmacien au fur et à mesure des renouvellements.

Art. 4. — La forme, les dimensions et le libellé du timbre mobile prévu par la présente loi seront déterminés par l'administration compétente.

Art. 5. — Les pharmaciens devront inscrire leurs achats de cocaïne, opium, morphine ou antres sels dérivés de l'opium sur un registre spécial, avec l'indication du nom et du domicile du vendeur, de la date de l'achat et de la quantité achetée.

Ce registre doit être conservé pendant au moins pour être représenté, en cas de besoin, à toute réquisition de l'autorité compétente.

Art. 6. — Les pharmaciens transcrivent les prescriptions visées dans les articles précédents sur leur registre d'ordonnances.

Quant aux renouvellements d'ordonnances qui ont lieu dans les conditions fixées par l'article 3, ils doivent être mentionnés sur ledit registre, le jour de chaque renouvellement, sous un nouveau numéro d'ordre rappelant le numéro sous lequel le médicament a été primitivement inscrit.

Art. 7. — Les contraventions aux dispositions ci-dessus tomberont sous l'application de l'article premier de la loi du 19 juillet 1845.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les Prurits et leur traitement, par le docteur P. Fernet, ancien interne des hôpitaux, assistant de consultation à l'hôpital St-Louis (A. Poinat.)

Les accidents et les maladies du travail, par C. Ancey, Dr en Droit (A. Rousseau, éditeur.)
Ce travail vient à point et comble une lacune.

Nouveau guide pratique de l'usager d'acétylène, par MM. R. Granjon et P. Rosemberg.
Ouvrage qui facilitera l'usage de l'acétylène.

L'Arthritisme des Gens d... Monde, par le Dr Aumont (Pierre Laffitte, éditeur).
Etude intéressante qui sera l... public et par le médecin même... avec utilité par le ... ment et d'une lecture facile. ...vrage écrit large-

Une des manifestations ... l'Arthritisme « La Cellulite », thèse par ... Dr Armand Hanriot (Ollier-Henry, éditeur.)
Thèse étudiée, passée sous la ...résidence du professeur Albert Robin.

Le diagnostic des ...rmes latentes et frustes, par le Dr Ma... Segard (G. Steinheil, éditeur.)
Thèse documentée et très ...

De la dépopulation c...tante.
Eugène Fournier (Vigot ... éditeurs.)

...rance en 1913, par
Travail original où l'auteur ...porte des solutions personnelles.

Les préjugés en diététique ...ns les maladies des voies diges...
Dr A. Mollière (A. Maloine, éditeur.)
Travail essentiellement pratique qui donne ... les renseignements et redresse de multiples erreurs.

La Photographie les commençants, par L.-P. Clerc et G.-H. Niewenglowski, 9e édition, (H. Desforges).
Ce petit traité élémentaire de photographie, dont la neuvième édition vient de paraître, est essentiellement pratique. Tout ce qu'il et indispensable de connaître pour obtenir des photographies artistiques y est décrit, depuis le choix du matériel et l'installation du laboratoire jusqu'au développement du négatif, au tirage et au montage des positifs. Le renforcement, l'affaiblissement, les divers insuccès avec leurs causes et leurs remèdes sont également passés en revue. Quelques notions sur les agrandissements et les projections complètent ce guide de l'amateur débutant, illustré de figures judicieusement choisies.

L'Inspection orthopédique scolaire de la ...
(A. Maloine, éditeur.)
L'éminent directeur du service de massage et de gymnastique orthopédique de l'Hôpital des Enfants de Bordeaux a fait une très utile étude qui restera et sera lue avec profit.

ÉCHOS

Le juge de paix et le médecin

Le tribunal de paix du sixième arrondissement vient de rendre un jugement dont les attendus ne manquent pas de soulever quelques commentaires.

Voici l'objet du litige :

Un médecin avait été appelé dans le courant de l'année 1912 à donner des soins qui comportaient des massages à M. Brun, juge de paix du onzième arrondissement.

Ce magistrat se vit réclamer une somme de 100 fr. qu'il tint pour exagérée, d'où pourparlers et propositions d'arrangement. Finalement, aucun accord n'étant survenu, M. le juge de paix Brun, qui estimait ne pas devoir une somme supérieure à 65 francs, en fit des offres réelles, dont le montant — le praticien les déclarant insuffisantes — fut consigné à la Caisse des dépôts et consignations le 7 mars 1913. C'était dès lors un procès nécessaire sur la validité de ces offres, et M. Rémy, juge de paix du sixième arrondissement, saisi du différend, rendait le jugement dont nous donnons ci-dessous quelques extraits :

République française

Au nom du peuple français, faisons savoir à tous ceux qu'il appartient que le tribunal de paix du sixième arrondissement de Paris a rendu le jugement dont la teneur suit :

. . . .

Attendu que Brun est un modeste magistrat cantonal ;

Attendu que si le jeune magistrat d'instance a parfois une situation personnelle de fortune et peut épouser une jeune fille bien dotée, il n'en est pas de même du juge de paix de carrière, qui débute à 1.800 francs, soit 4 fr. 88 par jour ;

Attendu que le juge cantonal est presque toujours sans fortune ; que ses économies, s'il en a, et son patrimoine, le cas échéant, sont généralement absorbés dès les premières années par les frais d'établissement, de changement de résidence et autres ;

Attendu que si la situation des juges ruraux a été améliorée, il n'a rien été fait en faveur des juges de paix des grandes villes, où la vie est de plus en plus chère, où les loyers sont de plus en plus élevés ;

Attendu surtout, depuis la circulaire ministérielle du 23 septembre 1910, que le juge de paix à Paris se voit contraint d'avoir un appartement dont le loyer représente le quart de ses revenus et même davantage, alors que les économistes enseignent que le logement doit être seulement du huitième desdits revenus ;

Attendu que le juge de paix ne saurait être considéré comme un client riche, taillable à merci ;

Attendu que Brun habite le quatorzième arrondissement ;

Attendu qu'au Petit-Montrouge l'air est pur, que les fournisseurs en général ont des prix modérés, que les loyers sont presque toujours peu élevés ;

Attendu qu'il n'existe pas ou peu au quatorzième arrondissement de riches bourgeois ;

Attendu en conséquence de ce qui précède, que X... ne devait appliquer à Brun que le tarif moyen ;

Attendu qu'il est sans intérêt de rechercher si le docteur X... est médecin, même médecin en chef d'un établissement public ;

Attendu que ce titre, dû à des relations et non au concours, ne lui confère aucun droit de majorer ses prix auprès de sa clientèle ;

. . . .

Par ces motifs :

Déclare bonnes et valables, suffisantes et libératoires les offres réelles de Brun.

Condamne le sieur X... à tous les depens, liquidés à 42 fr. 15, non compris les frais du présent jugement.

Le montant de la somme en litige fait que le jugement de M. Remy est rendu en dernier ressort.

...projet des aliénés

... en vue d... ...sion sénatoriale chargée d'examiner le ... des aliénés, s... objet de modifier la loi de 1838 ... Strauss.

Elle a adopté deux ... plus de garanties en faveur ... M. Faisans et portant sur ... la présidence de M. Paul ... tail.

M. Genoux a développé ... ents présentés par ... ments tendant à la création dans ... ations de dé... chaque département de pavillons spéc... ...ende... traitement des maladies nerveuses.

Dans ces pavillons seraient mis en observat... de malades ne présentant pas de symptômes trop é... dents d'aliénation mentale et pouvant être guéris par un traitement thérapeutique.

Ces malades ne seraient internés dans les asiles spéciaux d'aliénés qu'au cas où au bout de quarante jours le traitement employé n'aurait pas donné de résultats.

La commission s'est montrée favorable à cette proposition.

La recherche et l'identification scientifique des criminels.

Trois grands systèmes sont actuellement en vigueur :

1° Le système des fiches dactyloscopiques de Galton, appliqué aux Indes, en Angleterre, en Allemagne, en Autriche, en Egypte et au Portugal :

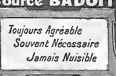
2° Le système des fiches dactyloscopiques de Vucetich, appliqué en Italie et dans l'Amérique du Sud ;

3° Le système des fiches bertillonniennes, appliqué en France, en Belgique, en Suisse, en Roumanie, au Mexique, etc.

Enfin, depuis plusieurs années, ces pays ont senti la nécessité de défendre entre eux contre le crime et ils ont créé, à cet effet, un système de fiches *internationales*.







84e Année (Série XIIIe) — No 227 — Le Numéro : 25 Centimes — Mercredi 10 Décembre 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr
Union postale. . . 15 fr.
Editions Espagnole, Portugaise et Italienne 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 10 Décembre 1913

A nos Collaborateurs

Désireuse d'être agréable à ses collaborateurs, la *Gazette Médicale de Paris*, sur le désir qui lui en sera exprimé par les auteurs, mettra désormais, à leur disposition un tirage à part à 50 exemplaires, de leurs articles inédits qu'elle aura publiés.

ÉCHOS

Distinctions honorifiques

Sont nommés officiers de l'Instruction publique les docteurs Ancelet, Arnould, Bouchacourt et Truelle.

La vaccination anti-typhoïdique obligatoire dans l'armée.

M. Léon Labbé a déposé au Sénat un projet de loi tendant à rendre obligatoire dans l'armée la vaccination antityphoïdique.

Ce projet a été renvoyé à la commission de l'armée.

Les étudiants remplaçants en médecine.

Une enquête effectuée par les soins du ministre de l'intérieur vient d'établir qu'un grand nombre d'étudiants en médecine exerçaient la médecine à titre de remplaçant sans avoir obtenu ni demandé l'autorisation préfectorale exigée par l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892. D'autre part, il a été signalé que des remplacements étaient également effectués par des étudiants étrangers ne remplissant pas les conditions requises pour poursuivre l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine, qui donne seul le droit d'exercer en France (à la différence du diplôme de doctorat universitaire mention médecine).

Le ministre de l'intérieur, à la suite de ces constatations, vient d'adresser aux préfets une circulaire pour les inviter à faire respecter les prescriptions de la loi du 30 novembre 1892 et à déférer au parquet, le cas échéant, les étudiants en médecine de toute nationalité qui y auraient contrevenu.

Les médecins humanistes

Sous cette appellation, une Société vient de se former à Paris, dans le but de grouper les Médecins s'occupant de Belles-Lettres dans leurs rapports avec les Sciences Biologiques. La nouvelle Société se propose de favoriser, par tous les moyens, la Renaissance des Etudes Gréco-Latines et de réagir contre le délaissement des Humanités dans la préparation aux Etudes médicales.

A ce groupement ont déjà adhéré, notamment, les Docteurs Wickersheimer, Bibliothécaire de l'Académie de Médecine : Georges Petit (de Paris) ; Cabanès, Directeur de la *Chronique Médicale* ; Monin, Vallon (de Contrexéville), Le Grix, Berchon, Lucien Nass, Hahn, Bibliothécaire de la Faculté de Médecine, Vérette.

Toutes les communications relatives à cette Société d'études doivent être adressées à M. le Docteur Berchon, Secrétaire-Général, au siège social : 12, rue Jacob, (VIe).

Enquête de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

La Statistique Sociale [1]

Monsieur le Docteur Lucien-Graux,
Directeur
de la *Gazette médicale de Paris*.

Ayant eu l'honneur d'être invité à prendre part à l'enquête sur l'organisation d'une statistique municipale sociale, ouverte à la suite de la proposition présentée au Conseil municipal de la Ville de Paris par M. André Gent, je m'empresse de vous communiquer mon opinion à cet égard.

Je distingue deux questions : 1° L'organisation d'une statistique dans l'organisation générale des autorités municipales ;

2° Son domaine eu égard à la matière qu'elle embrasse.

I. En ce qui concerne la première question, je suis d'avis que, si un Bureau municipal spécial de statistique existe déjà, point n'est besoin de créer une nouvelle institution de statistique, mais qu'il serait plus à propos de se contenter d'étendre aux besoins de la statistique sociale l'organisation et les ressources, tant technico-statistiques que financières, du Bureau existant.

Ce qui, avant tout, engage à adopter ce *modus procedendi*, c'est le cas que l'on doit faire de l'unification des travaux et du caractère des matériaux auxquels on se reporte pour préparer les relevés statistiques, servant de base à l'analyse statistique. Comme exemple typique, peuvent servir certaines parties de la statistique démographique, où la matière première, recueillie dans les conditions ordinaires des travaux administratifs, possède une valeur inappréciable, pour la statistique sociale, par exemple la distinction de la mortalité selon les causes des décès et les professions.

Par contre, les matériaux recueillis directement sous l'angle visuel social, fournissent d'importantes données pour la statistique de la population, comme par exemple les comptes-rendus des Caisses ouvrières de malades pour la statistique des maladies selon les professions, etc...

La création d'institutions spéciales de statistique pour la statistique sociale ne peut être justifiée que si le champ d'activité de ces dernières doit embrasser une plus vaste étendue de territoire que celui d'une commune, celle-ci fût-elle très grande et de premier ordre sous le rapport des organisations administratives, sociales et économiques. Car, pour lors, de semblables institutions coopèrent indirectement aussi avec le pouvoir législatif dans la période préparatoire, comme par exemple en Autriche l'« Arbeitsstatistisches Amt » ; elles ont donc aussi une autre destination que celle que peut avoir un Bureau municipal. »

Par la centralisation de la statistique sociale dans un seul Bureau municipal de statistique, on peut encore bénéficier en outre de l'unification du travail, du rendement au travail du Bureau lui-même, et ce, grâce à cette circonstance que, dans beaucoup de cas, un Bureau convenablement doté de moyens techniques peut en même temps façonner la matière première tant en vue de la statistique sociale, qu'à celle de la statistique démographique ou de toute autre statistique. Enfin, l'organisation d'un rassemblement de premières données, ainsi que celle d'un contrôle sur ce rassemblement aussi bien que sur le fond même de ces données, peuvent être considérablement facilitées par une semblable centralisation.

II. Pour ce qui est de la matière que doit embrasser la statistique municipale sociale, je dois me borner seulement, vu le cadre restreint de ce bref exposé, à ces trois questions qui émanent de son domaine et qui, avant tout, marchent à la tête des problèmes sociaux dans les grandes villes modernes :

a) *Le chômage.* — On ne peut procéder qu'avec peine au dénombrement direct des ouvriers qui chôment. On peut encore le mieux y parvenir à l'occasion du recensement général de la population. Toutefois si même l'on dénombrait de la manière ci-dessus lesdits ouvriers, on n'obtiendrait alors que leur état d'après un certain moment strictement donné et dans un lieu strictement défini. Pour la tâche de l'administration courante de semblables recensements périodiques des ouvriers privés de travail, peuvent avoir une haute portée, principalement en ce qu'ils peuvent être pris pour base fixe dans le but d'établir une comparaison entre eux et un état déterminé dans un certain moment ultérieur. D'où il résulte que l'on ne peut procéder à de tels recensements qu'à des intervalles de temps plus longs. Il faut donc chercher dans cette partie, pour la tâche courante, un complément dans les données indirectes, c'est-à-dire dans les dates statistiques recueillies directement dans d'autres buts que dans celui d'examiner le chômage. Ce qui peut, en premier lieu, contribuer à cet effet, c'est la statistique des demandes et des offres de travail avec la statistique des affaires conclues qu'établissent les offices de travail, d'après leurs annotations. Les matériaux fournis par les organisations ouvrières professionnelles peuvent être, selon ces organisations, d'une portée même de premier ordre. En revanche, la difficulté est très grande en ce qui concerne les ouvriers non qualifiés et non organisés. Le plus souvent ceux-ci, ainsi que les employés, s'inscrivent dans plusieurs offices de travail à la fois, et c'est justement là ce qui constitue une des principales tâches organisatrices de la statistique municipale sociale, savoir : réduire à sa plus simple expression cet état de choses et éviter le faux tableau chiffré de chômage que l'on pourrait obtenir en basant sur les inscriptions effectuées ainsi dans différents bureaux par une seule et même personne. Ce qui doit être en même temps un important complément, ce sont les dates relatives à la main-d'œuvre employée aux travaux publics entrepris par la commune. De ces matériaux provenant surtout des périodes où le chômage augmente (p. ex. l'hiver en général ou à certaines époques de l'année pour certaines professions en particulier), on peut déduire un complément pour les dates recueillies par les offices de travail et reconnaître en même temps, par la voie de la comparaison, de combien la commune tempère l'équilibre ébranlé sur le marché du travail. Un complément subséquent indispensable consiste à comparer dans le même moment les ouvriers qui chôment à ceux qui travaillent. A cet effet, il faut de nouveau se servir de matériaux recueillis directement dans d'autres buts, par exemple, des notes prises par les entrepreneurs ; en Autriche les caisses de malades fournissent à cet égard une abondante matière, ces caisses-là étant basées sur l'assurance obligatoire déjà en vertu du seul fait de l'embauchage dans une des entreprises déterminées par la loi.

b) *Les salaires.* — Les matériaux pour la statistique des salaires peuvent être recueillis d'après les relevés établis par les entreprises ou les établissements d'assurances sociales. Ici encore le caractère indirect l'emporte. Les offices de travail, publics, professionnels ou d'utilité publique peuvent aussi fournir de riches matériaux indirects, s'ils conservent copie des contrats de travail conclus par leur intermédiaire. Les offices publics de travail en Galicie, par exemple, sont soumis à cette obligation. C'est en se basant sur des pareilles données que l'auteur de ces lignes a publié en son temps (en 1909) dans la « Statistische Monatschrift » une monographie allemande ayant pour titre : « Die galizische Saisowanswandernug im Lichte auslandischer Arbeitsverträge».

c) *La mortalité et morbidité des ouvriers.* — L'influence du travail professionnel sur la santé constitue aujourd'hui l'un des plus importants problèmes sociaux. Dans la statistique de la mortalité, combinée d'après les causes de décès, les professions, l'âge et le sexe, il entre déjà une grande part de matériaux chiffrés pouvant servir à éclairer la question ci-dessus. Toutefois cette statistique se rapporte à un procès terminé, elle ne fait pas connaître comment le travail, dans telle ou telle profession, mine progressivement la santé de l'ouvrier, ni comment ledit travail agit funestement sur certains organes des individus s'y livrant par profession. Par exemple, le Bureau municipal de statistique de la ville de Cracovie a déjà introduit dans ses publications « Statystyka miaska Kralcowa» la statistique des maladies selon les professions d'après les données de la Caisse municipale de malades.

Ne pouvant pas, faute de place, développer plus amplement d'autres questions encore touchant le présent sujet, je prends la liberté de résumer comme suit ma manière de voir :

1° L'organisation d'une statistique municipale sociale devrait être confiée au Bureau de statistique municipal déjà existant.

2° Le Bureau ci-dessus mentionné devrait s'occuper, durant la première période de ses travaux dans le domaine de la statistique sociale, de l'organisation d'une statistique de chômage, de salaire et d'une statistique des maladies des ouvriers d'après les professions, et, dans ce but, elle devrait organiser un service pour s'assurer l'envoi permanent des données qui lui sont nécessaires par toutes les institutions et toutes les personnes qui pourraient les fournir.

3° Par l'exploitation *ad hoc* des données ci-dessus, compléter les résultats obtenus dans d'autres parties de la statistique démographique.

4° Ce n'est qu'après l'organisation rationnelle et systématique des parties désignées (v. 2°) de la statistique sociale qu'il faudrait aborder d'une manière analogue les problèmes restants qui, dans une large mesure, émanent des précédents ou qui trouvent en eux leur complément fondamental.

Dr Casimir Gislas KUMANIECKI,
Professeur agrégé à l'Université
et Chef du Bureau municipal de statistique à Cracovie.

(1) Voir la *Gazette Médicale* (nos des 10 juillet, 5 novembre et 10 décembre 1913)



POUGUES-LES EAUX
à 240 Kilomètres de PARIS - Trajet en 3h W-R
1er JUIN — 30 SEPTEMBRE
STATION des NEURASTHÉNIQUES
des DYSPEPTIQUES
et de toutes les ATONIES et ASTHÉNIES organiques
(Estomac, Foie, Intestins) DIABÈTE. ANÉMIE. GOUTTE. GRAVELLE
CASINO
CURE DE REPOS
CURE DE RÉGIME
CURE D'AIR
THÉATRE
Cie DE POUGUES
15 Rue Auber. PARIS
SPLENDID-HOTEL (1er Ordre) Chambres et appartements avec salles de bains
PURGATIVE
DÉPURATIVE
ANTISEPTIQUE
CARABAÑA
LA SEULE EXERÇANT UNE ACTION CURATIVE SUR LES ORGANES MALADES
DOSE MOYENNE : 1 VERRE A BORDEAUX SUIVI OU PETIT DEJEUNER DU MATIN

Le Traitement esthétique
DES ABCÈS DU SEIN

Par le Docteur E. TYTGAT
Agrégé à l'Université de Gand.

Les abcès du sein qui se produisent pendant la période de la puerpéralité peuvent affecter trois formes : la collection sous-cutanée, la collection intra-mammaire et la collection rétro-mammaire. Il n'est cependant pas toujours possible de parler de collection : il peut s'agir de suppurations diffuses de la glande sans qu'aucune distinction anatomique ne soit plus possible, et ces cas sont généralement les plus graves et les plus difficiles à traiter.

Traitée d'après les procédés anciens d'ouverture large, par incisions multiples radiées, l'affection comporte *quoad vitam* un pronostic assez bénin, mais la guérison se produit généralement au prix d'une mutilation assez considérable qui afflige véritablement celles qui en sont atteintes et dont l'existence justifie pleinement un souci plus légitime de l'esthétique.

D'après notre expérience de la chose, il faut toujours, quand les signes subjectifs : douleur, fièvre, anorexie, état général, le permettent, attendre d'intervenir jusqu'au moment ou l'abcès est bien collecté. La conservation de la forme du sein, l'absence de grandes cicatrices et le souci d'éviter la section de canaux galactophores, se trouvent en général très mal de trop de hâte dans l'intervention.

Ceci dit, nous croyons que les collections sous-cutanées peuvent se traiter très avantageusement par la ponction aspiratrice au moyen d'une seringue ordinaire armée d'une aiguille assez forte, suivie d'un lavage de la cavité, et de l'injection d'un liquide modificateur quelconque. Le procédé ne laisse pas de cicatrice mais il nécessite la répétition de petites interventions assez désagréables.

L'incision au niveau de la région aréolaire et la tunnelisation jusqu'à la collection, méthode préconisée par le très inventif chirurgien Morestin (1), nous paraît pour ces cas très peu indiquée. Il en est de même, à notre avis, du traitement préconisé par M. Ch. David (2), ponction au moyen d'un trocart fin à robinet qu'on laisse en place et par lequel on fait des lavages de la cavité. Mais aussi bien pour les collections superficielles que pour les collections intraglandulaires et même pour les suppurations diffuses de la glande, aucune de ces méthodes ne vaut, au point de vue combiné de la rapidité du traitement et du souci de la conservation de la forme, le procédé des grandes cloches aspiratrices de Bier.

La technique que nous suivons est la suivante; par exemple, pour une suppuration diffuse de la glande, cas dont le traitement est le plus difficile :

On commence par enduire la surface de la glande de vaseline stérilisée, ou de vaseline boriquée. Ensuite au moyen du chlorure d'éthyle on fait un refroidissement intense de la peau et on profite du moment où l'anesthésie superficielle est obtenue pour plonger un ténotome tranchant sur les deux côtés jusque dans la profondeur de la glande à quatre, cinq ou six endroits différents. On donne à la lame du ténotome une direction radiaire et on fait les ponctions de préférence aux endroits où la douleur était la plus vive, où la fluctuation a pu être ressentie.

C'est le seul moment douloureux de l'intervention et ce temps opératoire doit se passer rapidement.

Cette ponction n'est jamais accompagnée d'hémorragies notables ; il s'écoule habituellement aussitôt un flot de pus et de sang, et quand ce premier écoulement s'est un peu ralenti, on applique la cloche à succion et à hyperhémie de Bier. Ces grandes cloches, dans lesquelles on fait le vide par aspiration au moyen d'une pompe, sont trop connues pour que nous en fassions la description ; deux remarques cependant ont leur importance : la première, qu'il faut employer une cloche assez large pour que les bords atteignent bien et dépassent même les limites palpables de la glande mammaire ; la seconde, qu'il faut employer les cloches munies d'un diverticulum dans lequel peuvent s'amasser les produits d'aspiration, et qu'il est à recommander, quand on applique la cloche à succion chez un patient couché sur le dos, de diriger le diverticulum vers l'aisselle et non vers les pieds comme on pourrait être tenté de le faire la première fois.

L'aspiration, faisant le vide partiel dans l'appareil, fait bomber la glande dans la cloche et lui donne une coloration cyanotique ; elle augmente immédiatement l'écoulement de pus sanieux par les orifices de ponction. Elle n'est nullement douloureuse.

Il est bon de faire durer cette première séance d'hyperhémie et d'aspiration pendant une demi-heure.

Ensuite, on applique un pansement suspenseur du sein après avoir mis sur les orifices de ponction une compresse trempée dans un liquide antiseptique.

Ces séances d'aspiration doivent être répétées tous les jours et durer une vingtaine de minutes.

Généralement on obtient ainsi une guérison rapide et un résultat esthétique des plus satisfaisants. Les cicatrices des ponctions, un peu rouges au début, s'effacent, blanchissent et deviennent presque imperceptibles après quelque temps. La forme du sein est parfaitement conservée.

Pour le cas où il s'agit de glandes mammaires fort développées, dont la suppuration occupe surtout la partie inférieure ou le tissu rétromammaire, nous avons eu avantageusement recours au procédé suivant : Petite incision dans le pli sous-mammaire longue d'un à deux centimètres, à travers laquelle on va atteindre, au moyen d'un bistouri à lame fine, la collection suppurée ; une fois celle-ci ouverte on introduit par l'incision un ou deux petits drains suivant l'importance de la collection et on applique un pansement suspenseur et légèrement compressif.

Cette façon de procéder permet de masquer complètement l'incision qu'on a été obligé de pratiquer, et le drainage se fait suivant les lois de la pesanteur. La guérison s'obtient habituellement très vite.

(1) Morestin. *Gazette des Hôpitaux*, t. LXXXVI, nº 59, 29 Mai 1913, p. 53.

(2) David. Le traitement des abcès du sein sans incision. *Presse médicale*, nº 79, 1913.

Prédominance numérique du sexe féminin

D'après les chiffres réunis et publiés par le Dr E. von Baelz, il y a prédominance numérique du sexe féminin, dans presque tous les pays d'Europe, contrairement à ce qui a lieu pour les pays d'Asie. Pour 1.000 hommes, on compte :

1.070 femmes en Angleterre ;
1.049 — Espagne ;
1.035 — Autriche ;
1.029 — Russie d'Europe ;
1.022 — France ;
1.010 — Italie ;
980 — Japon ;
958 — Bulgarie ;
851 — Sibérie ;
801 — Chine,

La Radiothérapie du Fibrome

(OPINIONS BASÉES SUR NEUF ANNÉES DE PRATIQUE)

Par le Docteur DE LAQUERRIÈRE

Depuis quelque temps j'avais essayé, parfois avec de bons résultats, d'obtenir par les rayons une « action analgésique dans diverses affections génitales et en particulier dans des fibromes (1) » (qui étaient soignés en même temps par des procédés électriques). J'avais également essayé de faire régresser des cancers utérins : pour cette dernière affection, déjà en 1904 (2) j'utilisais des portes d'entrée multiples (vaginale, sus-pubienne lombosacrée, etc.). Mais dès que, en 1904, Foveau de Courmelles eut montré que la radiothérapie pouvait vraiment être érigée en traitement du fibrome, nous commençâmes à expérimenter largement la méthode à la clinique Apostoli.

Etant ici certainement parmi ceux qui ont l'expérience la plus ancienne de la radiothérapie du fibrome, je ne puis laisser passer cette discussion sans prendre la parole, et cependant, je ne voudrais pas augmenter d'une façon exagérée le poids de notre Bulletin en répétant même sous une forme très résumée tout ce que j'ai déjà écrit sur la question, je me contenterai donc de passer en revue quelques points.

Mon expérience porte actuellement sur des centaines de cas, mais il m'est impossible de donner une statistique intégrale pour les raisons suivantes :

1º Dans la période de début nous avons été obligés de nous livrer à toutes sortes d'essais et de tâtonnements, si bien que beaucoup de malades ont été soignées par des techniques que nous jugeons actuellement insuffisantes et beaucoup d'autres ont été soignées alors qu'actuellement nous ne les jugerions pas justiciables de la radiothérapie ;

2º Nous avons pris très rapidement l'habitude d'associer chez certaines malades, ainsi que nous l'exposerons plus loin, la radiothérapie et l'électrothérapie. Si dans l'ensemble, pour cette catégorie, l'emploi simultané des deux méthodes nous a paru donner des résultats supérieurs, il est certain qu'il est difficile de démêler les bénéfices dus à chacune d'elles dans chaque cas particulier.

* * *

Dès 1905 (3), j'ai publié notre première observation. Il s'agissait d'une hémorragie durant depuis un an, chez une fibromateuse de 50 ans. — De très minimes irradiations arrêtèrent l'hémorragie et firent légèrement diminuer le volume de la tumeur et cependant la ménopause définitive ne se produisait que quatre mois plus tard. Nous nous crûmes en droit de conclure que les ovaires de la femme paraissaient accessibles à l'action des rayons ; mais que notre expérience étant encore limitée, nous ne pensions pas qu'on pouvait abandonner les procédés électriques plus anciennement connus.

L'année suivante (4), dans une note sommaire, résumant mon expérimentation, portant sur une trentaine de cas, j'arrivais à cette conclusion que chez les femmes jeunes, on peut constater, mais avec des doses assez fortes, une diminution de l'abondance des

(1) Laquerrière. A propos de l'influence des rayons X sur l'ovaire. *Soc. franç, d'électrothérapie*, octobre 1905.

(2) Laquerrière et Labelle. Grossesse et accouchement normaux au cours d'un traitement radiothérapique pour cancer inopérable du col utérin. *Soc. franç. d'électrothérapie*, 1904.

(3) Laquerrière. *Soc. française d'electrothérapie*.

(4) *Société d'électrothérapie*.

règles ou même de l'aménorrhée ; mais ce n'est là qu'un résultat passager ; dans ces cas, si le traitement peut être utile quelquefois, il ne paraît pas la méthode de choix.

Par contre, il doit être employé systématiquement chez les femmes au voisinage de la ménopause et surtout chez celles qui ont une ménopause retardée. On voit alors en général une amélioration dès le premier mois et la ménopause s'établit rapidement. — En raison de la faiblesse des doses actives dans la profondeur des tissus (quand on emploie des intensités compatibles avec l'intégrité de l'épiderme), il semble nécessaire que les ovaires soient déjà en état de vitalité ralentie pour que le traitement donne des résultats complets.

***

Si j'ai cru devoir mentionner ces premières publications, c'est pour montrer que mon expérience est déjà très ancienne, mais je laisserai de côté l'historique de mes diverses techniques : absence de filtration, filtration avec des épaisseurs diverses d'aluminium, porte d'entrée unique, portes d'entrée en petit nombre, portes d'entrée en grand nombre, séances courtes et fréquentes, séances espacées et intenses, ampoules placées près de la peau et placées loin de la peau, etc. J'exposerai simplement quelles doivent être, à mon avis, les conditions d'une technique satisfaisante et quelles sont les indications de la méthode.

TECHNIQUE. — *Distance de l'ampoule à la peau.* — Deux surfaces égales placées à une même distance d'une source de radiation reçoivent des quantités égales de rayonnement. Si l'une des deux s'éloigne de la source, la quantité du rayonnement qu'elle recevra diminuera proportionnellement au carré de la distance. Puisqu'on ne peut envoyer sur la peau de l'abdomen, qu'il ne faut pas brûler, qu'une dose limitée de rayons, il est nécessaire pour que la surface la plus éloignée (l'ovaire) reçoive la plus grande quantité possible de rayons, que la différence entre la distance de la source à l'ovaire et la distance de cette même source à la peau soit aussi petite que possible. Si nous pouvions placer l'ampoule à l'infini, l'ovaire recevrait la même quantité de radiations qu'une surface de même taille considérée au niveau de l'épiderme (si, bien entendu, on ne tenait pas compte de la partie du rayonnement arrêtée par les couches superficielles). Pratiquement, pour ne pas être obligé de faire des séances trop longues, nous ne pouvons pas placer l'ampoule trop loin. Pour notre part, nous mettons l'anticathode à 35 ou 40 centimètres chez les femmes à ventre proéminent, à 20 ou 25 chez les femmes maigres.

Qualité des rayons à utiliser. — Tous les auteurs sont actuellement d'accord pour employer des rayons pénétrants afin que les radiations arrivent jusqu'aux organes visés et ne soient pas toutes absorbées par les couches les plus superficielles de l'organisme. Les ampoules doivent donc marquer au moins 7 et de préférence 8 et même 9 au radiochromomètre de Benoist. Pour notre part, nous nous efforçons de conduire nos tubes à une dureté leur permettant d'avoir une étincelle équivalente de 14 à 16.

Filtrage. — Les rayons sont filtrés, afin d'arrêter la partie du faisceau de faible pénétration qui, incapable d'atteindre la profondeur, augmenterait sans profit thérapeutique la dose tombant sur la peau. L'épaisseur du filtre d'aluminium est variable suivant les auteurs ; cependant, on peut dire que l'épaisseur moyenne employée est 1 millimètre. Il ne faut jamais mettre le filtre directement sur la peau. Les rayons secondaires émis par l'aluminium viennent fausser complètement l'appréciation de la dose ; de plus, ils peuvent en certains cas n'être pas sans inconvénient pour l'épiderme. Aussi, est-il nécessaire d'attacher le filtre loin de la peau, au support même de l'ampoule, ou si on ne peut le faire de poser le filtre sur les vêtements de la malade.

Zones d'irradiation. — Afin de ménager l'épiderme, on dirige les rayons sur un même organe profond en les faisant passer successivement par des portes d'entrée cutanées différentes. C'est le procédé dit « des feux croisés » employé dans toutes les applications de rayons X aux organes non superficiels. Quant à nous, nous estimons, pour la radiothérapie du fibrome, qu'il faut prendre des portes d'entrée assez larges ; en effet, on ne sait jamais chez une fibromateuse, surtout si la tumeur est grosse et si l'abdomen est développé, quelle est la situation exacte de l'ovaire. Un faisceau limité par une zone d'irradiation trop étroite risque donc de ne pas atteindre l'ovaire. Aussi, nous utilisons quatre portes d'entrée ; une sur une région ovarienne, en plaçant l'ampoule obliquement de façon à ce que le faisceau de rayons frappe l'ovaire du même côté, l'utérus et parfois même l'ovaire du côté opposé. Dans une deuxième application, on procède de même sur l'autre région ovarienne. La troisième et la quatrième applications sont faites l'une à droite, l'autre à gauche de la région lombaire en agissant de la même façon que pour les régions antérieures. Lors de chaque irradiation, on protège, par une lame de plomb, la partie de la peau appartenant à une autre porte d'entrée qui pourrait être intéressée dans la présente séance, et nous prenons même soin de protéger de même la ligne médiane, en arrière, pour ne pas irradier la moelle, en avant, afin de respecter le champ de l'incision, si une opération chirurgicale devenait nécessaire.

Dose de rayons à appliquer. — Le traitement radiothérapique du fibrome doit ne présenter aucun inconvénient : certaines femmes éprouvent après la séance des réactions soit locales (colique, gêne vésicale, etc.), soit générales (fatigue, état nauséeux). Ces réactions ne sont que d'une façon absolument exceptionnelle assez marquées pour être gênantes ; il est alors facile d'y remédier en divisant la dose utile en un certain nombre de séances. Dans la très grande majorité des cas, il n'y a à s'occuper que d'éviter les réactions cutanées et l'on peut appliquer en une seule séance la quantité voulue de rayons. Cette quantité ne doit jamais être capable de déterminer d'irritation épidermique. Nous préconisons d'utiliser, sur chaque porte d'entrée, lors de la première série d'irradiations, une dose de 4 H et demi environ, mesurée ou calculée au niveau de la peau — c'est-à-dire après que les rayons ont traversé le filtre, — 5 H correspondant à la dose de l'éryhtème. Lors des séries suivantes, nous donnons 4 H, puis 3 H et demi.

En raison de l'éloignement de l'ampoule et de l'épaisseur du filtre, ces doses nécessitent des séances fort longues ; avec les tubes Chabaud les plus habituellement employés en France et qui ne supportent que 8 à 10 dixièmes de milliampères (mais qui conservent très longtemps un degré parfait de dureté, chose capitale en l'espèce) il nous est arrivé souvent de faire des applications de 40 ou même de 55 minutes ; aussi si l'on doit faire d'une façon fréquente des séances de ce genre, sera-t-il tout à fait recommandable de se procurer une ampoule à refroidissement par eau : le modèle Pilon, que nous employons depuis plusieurs mois, nous donne toute satisfaction.

Conduite générale du traitement. — Comme on l'a vu, nous faisons quatre irradiations successives sur quatre portes d'entrée différentes. Ces quatre irradiations forment un cycle et le cycle peut être renouvelé dès qu'il n'y a plus de danger pour l'épiderme à le soumettre de nouveau aux rayons. En pratique, dans les cas moyens, nous réappliquons un cycle complet tous les vingt jours environ. Suivant les cas, on fait 5 ou 6 irradiations sur chaque porte d'entrée ; puis, même si le résultat n'est pas complet, on laisse reposer la peau pendant quelques mois, bien qu'elle n'ait pas présenté d'érythème. Si, au contraire, l'aménorrhée est obtenue avant 5 séries d'irradiations on cesse le traitement ou on espace les séances. Enfin, dans les cas où le résultat n'aurait pas été obtenu après 5 ou 6 séries, on peut, dans les quelques mois où on laisse reposer la peau, employer le traitement électrique, consistant en méthode d'Apostoli, en faradisation à interruptions lentes, en électrolyse du zinc, en électrolyse du radium suivant les indications.

Il est de toute première importance de savoir qu'on ne peut indéfiniment répéter, *même sans provoquer d'accident immédiat*, des séances de radiothérapie sur un épiderme. Avec les progrès de la technique, il est, en effet, possible d'éviter les réactions plus ou moins brutales et de conduire, sans s'en apercevoir, la peau et les tissus sous-cutanés à des états de dystrophie tels que le traumatisme le plus insignifiant sera capable, même longtemps après, de déterminer des troubles sérieux et longs à guérir.

Nous ne prétendons nullement que notre manière de faire soit la seule bonne et nous pensons au contraire que d'autres techniques sont capables de donner de bons résultats ; mais nous insistons sur la nécessité absolue de ne pas atteindre des doses dangereuses. Dans les cas où la radiothérapie du fibrome est, à notre avis, indiquée, notre façon de faire doit donner d'aussi bons résultats que les procédés intensifs. Dans les cas où nous la considérons comme contre-indiquée, on peut très rarement obtenir des bénéfices sérieux de la méthode intensive, mais on a fait courir à la patiente de gros risques ; en outre, le plus souvent on n'obtient qu'une sédation momentanée et l'on est forcé, pour ne pas déterminer de radiodermite, d'abandonner le traitement quand une rechute se produit.

***

Indications et contre-indications. — La radiothérapie peut être essayée dans tous les cas où il n'y a pas indication à opérer d'urgence (soupçon de dégénérescence cancéreuse, accidents infectieux fébriles, torsion de pédicule, polype, etc.).

Les résultats qu'elle fournit consistent en une diminution et une disparition des symptômes, en particulier des hémorragies ; chez les femmes jeunes, il faut des doses assez fortes pour arriver à l'aménorrhée, et quand cette aménorrhée a été produite, elle ne dure que peu de temps, au fur et à mesure que la femme avance en âge, l'aménorrhée ainsi que l'amélioration des autres troubles devient de plus en plus durable et à partir de 45 ans on obtient en général, en quelques semaines, si l'on suit intégralement la technique que nous avons exposée, l'établissement de la ménopause.

En somme, la radiothérapie agit surtout en déterminant une inhibition du fonctionnement de l'ovaire : chez les femmes âgées, cette inhibition s'obtient beaucoup plus facilement

et, d'autre part, elle se transforme rapidement en une ménopause définitive. Aussi, sommes-nous arrivés à la règle générale suivante :

La radiothérapie est contre-indiquée chez les femmes au-dessous de 40 ans. Entre 40 et 45 ans, on peut essayer la radiothérapie, mais le plus souvent il faudra l'associer à l'électrothérapie, en particulier soit à la méthode d'Apostoli, soit à l'électrolyse du radium (1). Enfin, au-dessus de 45 ans, dans les cas, bien entendu, où les traitements conservateurs sont de mise, la radiothérapie se suffit le plus souvent à elle-même et peut être considérée comme le traitement de choix. Bien entendu, ces indications sur l'âge ne peuvent prétendre à une rigueur mathématique ; il est probable que des conditions de race, de climat, de genre de vie, peuvent les faire varier ; il y a lieu aussi de tenir compte du facteur individuel que nous n'avons aucun moyen de connaître *a priori* : telle femme qui aurait eu sa ménopause naturelle à 46 ans se trouve à 44 ans bien plus justiciable des rayons que telle autre femme de 46 ans qui aurait eu spontanément son retour d'âge à 50 ans. Cependant, les âges que nous donnons nous paraissent répondre à ce qui se passe en moyenne dans la clientèle parisienne.

La radiothérapie donne aussi, parfois, des diminutions et même des diminutions considérables de volume. Comme d'autres auteurs, nous avons vu des cas, assez rares en vérité, où la tumeur décroissait avant qu'il y ait une action appréciable sur la menstruation et nous sommes assez disposés à admettre que les rayons peuvent, du moins dans certaines conditions, agir sur le tissu utérin lui-même (2).

Mais, nous ne pensons pas qu'il soit exact de dire que les fibromes jeunes sont ceux qui obéissent le mieux au traitement, car nous ignorons l'âge exact d'un fibrome. Par contre, ce qui semble vrai, c'est que les tumeurs molles, à développement assez rapide, régressent plus facilement et plus complètement que les tumeurs dures à marche lente. Il nous paraît donc que les rayons peuvent avoir sur certains myomes ayant un très riche réseau vasculaire, une action atrophique analogue à celle qu'on observe sur les angiomes, tandis qu'au contraire les fibromes proprement dits ne régressent que légèrement et lentement sous l'influence de la cessation du fonctionnement de l'ovaire, comme ils régressent après la ménopause.

D'après notre expérience, les résultats sur le volume sont variables et, à notre avis, cela tient à la diversité de la constitution histologique des tumeurs classées sous le nom générique de fibro-myomes.

***

Nous n'entreprendrons pas ici de discuter la place que doit prendre, par rapport à la chirurgie, le traitement radiothérapique des fibromes ; sur ce point comme sur beaucoup d'autres, nous ne pouvons que renvoyer le lecteur, désireux de connaître notre opinion, à nos diverses publications.

Mais nous croyons cependant devoir dire que, si, maniée par un opérateur habile qui tient compte des contre-indications et emploie une technique non dangereuse, cette méthode mérite une très large place, elle ne doit cependant pas faire rejeter l'intervention chirurgicale : il faut savoir, si elle ne donne pas des résultats assez rapides, l'abandonner en temps voulu et cela d'autant mieux qu'en raison de la sensibilité de l'épiderme pour les rayons, elle ne saurait être prolongée lontemps sans inconvénient.

Quand le chirurgien anglais, Thomas Keith, vers 1886, qui avait des statistiques opératoires extrêmement brillantes, eut expérimenté le traitement électrique des fibromes par la méthode d'Apostoli, il en devint si enthousiaste qu'il alla jusqu'à dire que la chirurgie serait abandonnée. Malgré cette opinion désintéressée, la gynécologie chirurgicale n'a cessé de progresser.

Pour nous, guidés par l'exemple de notre maître Apostoli, qui disait sans cesse que sa méthode ne se prétendait qu'*une auxiliaire souvent utile* de la chirurgie, nous nous sommes efforcés de nous garder de toute exagération irréfléchie.

Mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que les risques ne sont pas comparables : on oppose sans cesse quelques accidents cutanés, mais les chirurgiens oublient que ces accidents sont le fait le plus souvent d'opérateurs malhabiles, quelquefois d'accidents imprévus. Or, l'inhabilité du chirurgien, ou un accident fortuit survenant pendant l'opération, ne donnent pas seulement une brûlure cutanée, elles causent bel et bien la mort de la malade. Pour juger de la question, il ne faut donc pas comparer la statistique d'un virtuose du histouri avec des résultats radiothérapiques pris au hasard.

Enfin, il est bon de dire qu'une femme opérée et guérie de son fibrome n'est pas toujours une malade guérie. Si l'on vient nous dire : vous comptez tel cas comme un succès, la malade n'a plus d'hémorragie, n'a plus de règles, ne souffre plus, mais elle a encore une grosse tumeur qui la gêne par son poids, nous sommes bien forcés de reconnaître qu'en effet, nous n'avons obtenu qu'un succès palliatif ; mais nous pouvons répondre que si la radiothérapie ne ramène pas toujours la malade à un état de santé parfait, il en est souvent de même de la chirurgie ; cette même malade opérée aurait peut-être eu une éventration ou d'autres troubles soit locaux, soit généraux.

En somme, il faut se garder de tout emballement soit pour, soit contre la nouvelle méthode.

Ayant aujourd'hui derrière moi neuf années de radiothérapie du fibrome, je puis dire qu'elle forme un procédé précieux, en particulier chez les femmes qui sont près de la ménopause, mais que les indications opératoires conservent leur valeur chez bon nombre de malades (1).

(1) Laquerrière. *Académie des Sciences* et *Société française d'électrothérapie et de radiologie*, 1912.

(2) Laquerrière et Loubier. Quelques observations de radiothérapie gynécologique. *Archives d'électricité médicale*, 25 août 1912. Voir le cas de la malade qui, castrée du côté gauche, fut améliorée par des irradiations portant seulement sur ce côté.

(1) *Soc. de radiol. médic. de Paris.*

Le Jubilé du Chocolat

Il y a quatre cents ans exactement que le chocolat a été introduit en Europe. Ce fut en Espagne, en l'an 1513, en effet, que l'on prépara pour la première fois la délicieuse denrée. Son usage avait été emprunté aux Mexicains par quelques hardis navigateurs de la péninsule ibérique. Ils lui conservèrent le nom que lui avait donné les indigènes du Nouveau-Monde et qui provient de l'assemblage des mots *choco* (cacao) et *latl* (*eau*).

En France, le chocolat connut rapidement une vogue étonnante. Elle reçut sa consécration « officielle » lors du mariage de Louis XIV avec Marie-Thérèse, fille de Philippe IV. Cependant, les détracteurs ne manquèrent point, et l'on cite un long mémoire du père Brancaccio, daté de 1664, et intitulé : *De uso et potu chocolatan diatriba*, où le chocolat est violemment pris à partie.

La fausse Coxalgie d'origine appendiculaire

Par MM. les Drs Ed. ENRIQUEZ
Médecin de l'Hôpital de la Pitié
et René A. GUTMANN

Dans un récent article (1) nous avons appelé l'attention sur une forme spéciale d'appendicite chronique, absolument dépourvue de symptômes abdominaux, sauf à la radioscopie, et s'extériorisant uniquement par une sciatique dont nous avons étudié la symptomatologie spéciale. Nous proposions de réunir sous le nom d'*appendicites claudicantes* les divers ordres de faits où une appendicite se traduit, de façon exclusive ou prédominante, par des algies du membre inférieur, par opposition aux irradiations douloureuses banales qu'on peut voir dans les appendicites ordinaires, comme au cours de toutes les inflammations abdomino-pelviennes.

Notre étude se complète par l'étude des cas sur lesquels nous appelons aujourd'hui l'attention : il s'agit de malades qui viennent consulter pour un syndrome coxalgique, comme nos malades précédents venaient consulter pour une sciatique, sans que rien, à première vue, ni dans l'examen ni dans l'interrogatoire du malade, ne décèle une participation abdominale quelconque.

Nous donnerons, de nos deux malades, des observations résumées :

Suzanne M..., vingt-deux ans, institutrice, entre en mai 1912, à la Pitié. La malade se plaint de souffrir depuis un an dans la hanche et la jambe droites. En février 1912, cette malade était entrée pour des algies de la hanche et de la jambe dans le service de M. le Dr Sicard, dont l'un de nous avait l'honneur d'être l'interne. Elle présentait alors une symptomatologie uniquement lombo-coxo-fémorale. Elle disait que, plusieurs mois auparavant, elle avait été peu à peu prise de douleurs dans la hanche et sur le trajet du sciatique droit ; ces douleurs avaient augmenté ; elle avait eu de la *fièvre* et avait, par la progression des douleurs, été obligée de s'aliter. A son entrée à Ivry, l'aspect du membre était normal. La palpation réveillait sur le trajet du sciatique et dans les muscles innervés par ce nerf des douleurs très vives ; de même, la palpation profonde de la hanche était extrêmement pénible. Quand la malade essayait de se lever et de faire quelques pas, la douleur coxale devenait angoissante et syncopale et, plusieurs fois, elle fut assez forte pour déterminer de la lipothymie. Il y avait, de plus, un point à la tubérosité ischiatique où la pression réveillait d'une façon constante une vive douleur. M. Sicard fit pratiquer le toucher vaginal et rectal qui ne montrèrent rien d'anormal dans les organes pelviens. Par ce toucher, on réveillait une sensibilité exquise de la face interne de l'acetabulum. La pression du ventre était indolore.

Se basant sur les signes un peu anormaux de la sciatique qui étaient ceux des sciatiques secondaires, M. Sicard affirma qu'il s'agissait d'une compression du sciatique et peut-être par une coxalgie au début, opinion que confirmaient les douleurs coxales et sciatiques et la présence du point osseux ischiatique. La radiographie de la hanche montra toutefois une intégrité absolue de l'articulation.

Les hypothèses d'une compression plus élevée par une salpingite, une appendicite,

(1) Ed. Enriquez et René A. Gutmann. La sciatique appendiculaire (une première forme d'appendicite claudicante). *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 27 juin 1913).

etc., avaient été émises par M. Sicard, mais ne furent pas maintenues en *l'absence complète de tout symptome abdomino-pelvien.*

Les divers traitements qui furent pratiqués restèrent inefficaces, entre autres les injections de tuberculine. L'état général n'était pas mauvais, et il n'y avait pas de signes de tuberculose pulmonaire. La malade fut obligée de quitter Paris pour des affaires de famille et sortit de l'hôpital avec ses mêmes phénomènes algiques et une impossibilité de la marche aussi accentuée qu'au début.

Elle entre plusieurs mois après à la Pitié. Toujours les mêmes douleurs coxo-sciatiques, spontanées et provoquées par l'exploration dans les diverses attitudes ; impossibilité de la marche. Les signes se sont même accentués : la jambe droite est en demi-flexion et en légère abduction ; quand on essaye de provoquer l'extension, on est arrêté par une contracture très nette des muscles antérieurs et externes de la cuisse ; pas de ganglions inguinaux ; raccourcissement de la jambe mesurée de l'épine iliaque antéro-supérieure au condyle externe du fémur ; abaissement léger de cette épine iliaque du côté malade ; légère scoliose à concavité droite. Bref, la plupart des signes classiques de la coxalgie, et même d'une coxalgie assez avancée.

Nous faisons pratiquer la radiographie ; elle montre, comme à Ivry, une intégrité absolue de la hanche.

En examinant la malade, nous trouvons que la pression de l'abdomen, dans la région du point de Marc Burney, réveille une douleur, infime à la vérité, mais qui n'existe pas à gauche ; quelques jours après, cette douleur s'est légèrement accentuée. Nous examinons la malade à la radioscopie et nous constatons les deux signes sur lesquels nous avons insisté à propos des « sciatiques appendiculaires », fixité du cœcum, localisation de la douleur à l'extrémité inférieure du cæcum, à la place de l'appendice.

La malade est opérée par M. Georges Labey. Les constatations opératoires sont les suivantes : cæcum très bas placé ; l'appendice plonge dans le bassin ; il est fixé par des adhérences solides contre le promontoire. Les adhérences sont libérées, l'appendice est réséqué. A l'examen histologique, il montre des lésions banales d'appendicite chronique. Après l'opération, la malade sent ses douleurs diminuer. Tous les signes cliniques de coxalgie et de sciatique disparaissent. La malade sort guérie. Cette guérison se maintient complète *après un an* ; la malade *ne souffre plus du tout* et a repris une vie active.

La seconde observation, celle du jeune Georges R... âgé de seize ans, sera rapportée encore plus succinctement car elle est presque calquée sur la précédente. Ce jeune homme entre à la Pitié pour des douleurs dans l'articulation sacro-iliaque droite avec contracture des muscles antérieurs et extérieurs de la jambe. Les déformations que nous avons décrites à propos de la malade précédente existent chez ce malade à un moindre degré, mais la scoliose à contracture droite est nette. La marche n'est pas impossible comme dans l'observation de Suzanne M..., mais elle s'accompagne d'une forte claudication. Il existe un point douloureux très léger au niveau de la région appendiculaire. Aux rayons X, fixité du cæcum, localisation appendiculaire de la sensibilité.

Malgré l'absence de tout antécédent abdominal, nous diagnostiquons une appendicite chronique ; et l'opération faite par M. Baumgartner confirme notre diagnostic. Le malade sort guéri. La guérison s'est maintenue absolue depuis un an.

Voici donc deux cas presque absolument similaires où une appendicite chronique ne s'est traduite que par un syndrome presque typique de coxalgie.

Des cas de ce genre n'ont jamais encore été signalés. L'un de nous a pourtant observé avec MM. Babinski et Gaston Durand un cas encore inédit chez une malade atteinte d'appendicite chronique avec syndrome coxalgique, l'origine appendiculaire ayant été mise en valeur par la radioscopie (1). Mais il existait en plus un état pithiatique des plus nets qui a pu partiellement influer sur la douleur. Rien de tel chez nos malades, où l'élément nerveux fait absolument défaut.

De même, le Dr Stern a bien voulu nous communiquer des cas qu'il a eu l'occasion d'observer avec M. Ricard, également encore inédits et sur lesquels ils ont fait un travail qui paraîtra prochainement dans la *Presse Médicale*. Il s'agit d'appendicites responsables de fausses coxalgies, de fausses sacro-coxalgies, ayant même dans certains cas, été traitées par l'immobilisation. L'appendicectomie suffit à guérir les malades (2).

Ce sont là des observations qui deviendront sans doute plus fréquentes, à mesure que l'attention y sera davantage appelée, et qui méritent d'être signalées. Dans nos cas, le diagnostic a pu être fait. Mais comme on le verra dans le travail de MM. Ricard et Stern, il est des malades qui, avant de leur être envoyés, ont été longuement immobilisés dans des appareils, non seulement sans profit, mais avec des aggravations possibles.

La pathogénie des fausses coxalgies d'origine appendiculaire, ne sera pas étudiée longuement ici, car elle peut être discutée de la même façon que celle des sciatiques appendiculaires à l'étude desquelles nous renvoyons. Les adhérences péri-appendiculaires, fixant les organes directement sur les nerfs du plexus lombaire et sacré, sont responsables des accidents. Peut-être une irritation directe des muscles lombaires et iliaques peut-elle être invoquée ici aussi pour justifier les contractures musculaires.

Quant au diagnostic, on comprend que c'est d'abord avec la vraie coxalgie qu'il devra être fait, et que, dans certains cas, il pourra être extrêmement délicat (observation de Suzanne M...). S'il se joint au syndrome pseudo-coxalgique une tuberculose pulmonaire ou une de ces fausses tuberculoses décrites par M. Faisans dans l'appendicite chronique, l'erreur pourra être facile. La radiographie négative de la hanche et la radioscopie positive de la région appendiculaire seront les principaux éléments du diagnostic. L'examen clinique approfondi des organes abdomino-pelviens sera nécessaire. Et cela d'autant qu'il est plus que probable que des salpingites des ovarites, etc., pourront être trouvées dans l'avenir à l'origine de cas semblables.

Mais si l'on examine nos observations, on ne peut manquer d'être frappé par la similitude que présente ce syndrome avec l'ancienne coxalgie hystérique.

On trouve dans les deux cas, même absence de symptômes organiques de la hanche, constatables à la radiographie. Il n'y a pas de ganglions, pas d'abcès froids, pas de déformations, d'empâtement, de subluxations de la région articulaire. L'atrophie musculaire, exceptionnelle dans la coxalgie dite hystérique, manquait dans nos cas aussi. Il est probable que si l'on explorait l'articulation pendant l'anesthésie, on aurait ici, comme dans la coxalgie hystérique, un retour absolu à la souplesse normale, par cessation des contractures Il est permis de supposer que nombre de cas, étiquetés jadis « coxalgies hystériques », rentraient peut-être dans le cadre des fausses coxalgies par affection du bassin ou de l'appendice.

Le diagnostic commandera le traitement ; on ne perdra pas de temps à l'immobilisation ; l'ablation de l'appendice et la libération des adhérences assureront la guérison du malade (1).

(1) Babinski, Enriquez et Gaston Durand. *Un cas de fausse coxalgie avec appendicite chronique.*

Cette observation vient d'être communiquée à la Société médicale à la même séance du vendredi 18 juillet.

(2) Nous recevons la thèse du Dr Emile Girou : *L'appendicite chronique pure.* En dehors des cas encore inédits qui lui ont été communiqués par MM. Ricard et Stern, l'auteur de ce travail, très documenté et très intéressant, n'a trouvé aucune observation comparable aux nôtres. Signalons, à ce propos, qu'aucune forme d'appendicite avec sciatique, telle que celles que nous avons récemment signalées, n'a été trouvée par le Dr Girou ni dans la littérature, ni dans des cas personnels.

(1) Soc. méd. des hôp.

REVUE CLINIQUE

Tétanie aiguë d'origine digestive

Par M. le Docteur L. RICHON

A l'âge adulte, la tétanie est une complication rare des affections intestinales aiguës de courte durée. Voici cependant un fait probant de cet ordre : Le sujet, âgé de 44 ans, sans antécédents pathologiques du côté du tube digestif, avait, quelques années auparavant, au cours d'une période de travail intellectuel avec surmenage physique intense, présenté des troubles d'asthénie nerveuse profonde. Dans les années qui suivirent, malgré une restitution totale de ses facultés et de ses moyens physiques, il était resté un émotif, mais sans aucun paroxysme rappelant les troubles nerveux observés par nous. La crise de tétanie apparut au cours d'une gastro-entérite aiguë extrêmement intense, survenue un certain soir, après un repas mangé en famille et dans lequel l'enquête la plus soigneuse n'a rien révélé de toxique. Quatre heures après, au milieu de nombreuses selles liquides très douloureuses, d'aspect dysentériforme, apparaissent d'abord des fourmillements et des picotements dans les extrémités des membres jusqu'au coude et au genou. Puis les crises de contracture se complètent, se répétant environ toutes les deux heures, atteignant le maximum d'intensité quinze heures après le début des accidents et s'espaçant ensuite rapidement pour disparaître après vingt-quatre heures. Pendant les paroxysmes, les mains étaient raidies dans le prolongement des avant-bras, la paume creusée, les doigts allongés, les muscles saillants, avec des douleurs intenses ; aux membres inférieurs, crispation des orteils ; en même temps une dyspnée véritable, non asthmatiforme, sans spasme laryngé et, pendant la crise, un état d'angoisse extrêmement pénible. Du côté des viscères, autres que le tube digestif, aucun symptôme intéressant. Le signe de Trousseau n'a pas paru positif ; les réactions électriques n'ont pu être recherchées, en raison des conditions d'observations. Avec la cessation de la diarrhée disparurent les contractures, qui, dans la suite, ne se reproduisirent plus.

Le diagnostic ne pouvait errer dans le cas particulier. Les contractures hystériques, qui ne sont pas rares chez l'hystérique masculin, sont reconnaissables, malgré leur polymorphisme souvent déconcertant. Il s'agissait donc bien de tétanie, apparue dans des conditions assez spéciales, non pas, comme d'habitude, à la suite de déperditions aqueuses considérables et surtout prolongées, ajoutant au caractère toxique du contenu intestinal, la déshydratation du tissu nerveux, mais au cours d'une

gastro-entérite aiguë, très intense et grave, quoique courte.

Il n'est pas probable que l'action toxique ait eu pour cause un poison d'origine externe, alimentaire ; donc la tétanie a dû avoir pour origine une viciation de l'acte digestif ; reste à savoir pourquoi, dans certains cas, le système nerveux réagit vis-à-vis d'un toxique banal par des troubles spéciaux, très différenciés, comme les contractures de la tétanie. J'ajoute que l'appareil thyroparathyroïdien était cliniquement tout à fait intact (1).

REVUE DE PATHOLOGIE

Les obésités glandulaires de l'enfant

Par M. le Dr Marcel NATHAN (Paris)

L'histoire de l'obésité glandulaire commence avec la découverte du myxœdème congénital et du myxœdème opératoire, connus tout d'abord dans leurs formes graves et monstrueuses. Primitivement opposée à l'obésité diathésique, cette obésité thyroïdienne ne tarda pas à en être rapprochée, lorsque Hertoghe, Lancereaux, Léopold Lévi et Rothschild, Souques attirèrent l'attention sur les formes frustes du myxœdème, les petites insuffisances thyroïdiennes qui s'accompagnent de stigmates assez voisins de ceux de l'arthritisme.

Dans ces dernières années, la physiologie, la clinique, la pathologie expérimentale, l'anatomie pathologique révélaient des syndromes polyglandulaires, essentiellement polymorphes, dans lesquels l'obésité n'entre pour ainsi dire qu'en facteur ; l'association de l'obésité à des syndromes de compression cérébrale, localisée ou diffuse, a attiré l'attention des neurologistes et des psychiatres sur les tumeurs de l'hypophyse et de la pinéale.

Le pédiatre, en étudiant de plus près l'infantilisme ou le développement génital précoce, se trouvait en présence de cas complexes dont la théorie polyglandulaire pouvait donner une explication satisfaisante ou tout au moins plausible.

L'obésité, ainsi étudiée dans ses différentes associations, perdait sa simplicité et son autonomie primitive, pour passer au rang de pur syndrome clinique ; il n'y a plus une obésité, mais des obésités.

Obésités thyroïdiennes et génitales. — Le terme de myxœdème, qui sert à caractériser le syndrome thyroïdien, indique à lui seul l'importance attribuée à l'obésité par ses premiers observateurs. L'obésité est, en effet, monstrueuse dans les formes graves du myxœdème, elle est peu accusée dans ses formes frustes, variable dans ses formes moyennes ou associées.

A mesure que l'on se rapproche de la puberté, le problème de l'obésité thyroïdienne tend à se confondre avec celui de l'infantilisme et de l'insuffisance génitale.

La pathogénie de cet infantilisme a donné lieu à des discussions fort suggestives dans leurs argumentations clinique et anatomo-pathologique. Plusieurs opinions restent en présence :

1° Le corps thyroïde est le premier atteint ; les insuffisances génitales sont secondaires (Apert, Léopold Lévi).

2° Les lésions génitales représentent le primum movens, les infantiles sont avant tout des insuffisants génitaux (Souques, Claude, Sicard) accessoirement des insuffisants thyroïdiens.

En réalité, et de l'avis unanime, les signes thyroïdiens et génitaux coexistent. Assurément, il existe d'une part des castrats, des eunuques, des sujets porteurs d'ectopie double qui n'engraissent pas ; d'antre part, des insuffisants thyroïdiens moyens et légers, peu ou point infantiles. Un argument a été mis souvent en avant par les auteurs qui considèrent le corps thyroïde comme le primum movens : l'opothérapie thyroïdienne exerce une influence favorable sur l'insuffisance génitale de ces sujets.

Cet argument a une réelle valeur, mais affirme simplement une synergie fonctionnelle entre les différentes sécrétions internes, en un équilibre endocrinique, essentiellement reversible.

L'anatomie pathologique plaide en faveur de cette interprétation éclectique. Dans l'observation d'Apert, dans celle de Vigouroux et Delmas par exemple, les testicules et la thyroïde offraient des lésions atrophiques, dans les autres glandes à sécrétion, et certaines observations montrent encore chez des myxœdémateux les plus nets des lésions portant sur les autres glandes à sécrétion interne, quelquefois même à l'exclusion du corps thyroïde.

L'infantilisme avec obésité nous apparaît donc comme le résultat de lésions ou de troubles fonctionnels diffus de l'appareil endocrinien, dont la séméiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, essentiellement variables, rendent impossible à l'heure actuelle toute description et toute classification quelque peu rigoureuse.

Obésité hypophysaire. — La notion d'obésité hypophysaire date du travail de Frölich (1901) qui a le premier attiré l'attention sur le syndrome adiposo-génital qui porte son nom. Cependant, antérieurement à lui (1900), Babinski avait signalé une observation de tumeur de l'hypophyse avec adipose.

L'obésité par tumeur hypophysaire est une obésité acquise, rapidement progressive, qui atteint souvent des proportions colossales. Elle ne cède à aucun régime et se répartit également sur tous les points du corps, épargnant toutefois les extrémités. C'est l'obésité à type Frölich qui, dans ses formes frustes, se rapproche parfois du syndrome de Dercum.

Les troubles évolutifs de l'appareil génital sont à peu près constants. Chez les adolescents, la puberté ne se fait pas, les testicules gardent leur aspect infantile, le pubis reste glabre ; si le développement génital a commencé, il s'arrête, et l'appareil génital s'atrophie progressivement ; l'appétit génital manque complètement. Contrairement à l'homme, qui devient glabre, la femme acquiert parfois une pilosité exagérée. Ces troubles génitaux sont à peu près constants, de telle sorte que l'on a pu donner au syndrome hypophysaire le nom de syndrome adiposo-génital.

Obésité épiphysaire. — L'obésité de l'épiphysaire ne diffère de celle du syndrome de Frölich que par l'élévation concomitante de la stature et par le développement génital précoce (macrogénitosomia de Marburg) ; cette macrogénitosomia, plus fréquente chez les garçons en raison de la plus grande affinité des tumeurs épiphysaires pour le sexe masculin, consiste en un développement précoce des poils du pubis, en une augmentation rapide des dimensions des organes génitaux, en une activité précoce de ces organes.

Obésité surrénale. — Elle ne s'observe guère que dans le sexe féminin. Chez l'enfant, l'obésité rappelle de très près l'obésité épiphysaire, dont elle affecte souvent le caractère monstrueux. C'est encore une obésité à évolution rapide, s'accompagnant d'hypertrophie des organes génitaux et d'une hypertrichose généralisée à caractère masculin. Elle en diffère par l'absence de signes encéphaliques.

Chez les sujets plus âgés, approchant de la puberté, les tumeurs surrénales déterminent, suivant l'expression de Gallais, une évolution vers le pseudo-virilisme. La voix prend un timbre grave, le système musculaire se développe, et désormais le sujet se complait aux occupations et aux métiers masculins ; il perd tout appétit sexuel ou acquiert des appétits homosexuels. Son caractère se modifie, il devient difficile, impérieux, autoritaire, violent.

A cette période d'excitation, d'hyperethénie, d'engraissement, fait suite une période de dépression avec amaigrissement, asthénie, cachexie progressive. C'est à cette période tardive que la palpation révèle une tumeur abdominale ou lombaire.

La *thérapeutique* des obésités glandulaires se ressent des incertitudes de leur clinique et de leur pathogénie.

Opothérapique, dans l'insuffisance thyroïdienne et dans l'infantilisme, elle est presque uniquement chirurgicale dans les obésités par tumeur.

REVUE DE CHIRURGIE

Plaie et suture du canal thoracique

Par le Docteur Louis LOUBET

Les plaies du canal thoracique sont très peu fréquentes. Lecène, dans un travail paru dans la *Revue de Chirurgie* de 1904, n'en avait réuni que 22 cas, et nous ne trouvons pas d'antres faits publiés depuis cet article. La rareté de cette lésion nous a paru donner quelque intérêt au fait récent que nous avons eu l'occasion d'observer et de traiter.

Un enfant de 18 jours nous est amené au Dispensaire des enfants malades dans les premiers jours de février, porteur d'une volumineuse tuméfaction de la région antéro-latérale gauche du cou.

La mère a constaté cette tumeur dès la naissance : depuis lors, elle a progressivement augmenté de volume, mais sans déterminer aucun trouble fonctionnel. Cette tumeur, actuellement du volume d'une mandarine, comble le triangle sus-claviculaire gauche. Elle est limitée en haut par une ligne joignant la commissure labiale au conduit auditif. En avant par le bord postérieur du sterno-mastoïdien. En bas, elle plonge manifestement derrière la clavicule. Sa consistance est régulière avec quelques bosselures à la surface. La tumeur est peu tendue, mais nettement fluctuante. Elle se tend dans l'effort et les cris, diminue au contraire et disparaît en partie derrière la clavicule dans les mouvements d'inspiration.

Je porte le diagnostic de kyste séreux congénital du cou, mais le jeune âge de l'enfant, l'absence de troubles fonctionnels me font différer l'intervention.

Le 12 mars, la mère ramène son enfant à la consultation parce que la tumeur a continué à grossir, et occasionne quelquefois des symptômes de dyspnée.

L'enfant s'est régulièrement développé, est actuellement âgé de deux mois et paraît devoir bien supporter une intervention qui est pratiquée le 13 mars.

Anesthésie au chloroforme. Incision de 8 centimètres au dessus de la clavicule et parallèle aux plis du cou. Section entre 2 ligatures de la veine jugulaire externe. La peau est facilement et rapidement disséquée de la surface de la tumeur, dont la paroi est extrêmement mince, sillonnée de quelques brides qui lui donnaient son aspect bosselé. Le sterno-mastoïdien étant récliné en avant par un écarteur, le paquet vasculaire du cou (carotide et jugulaire) apparaît. Au niveau de la veine, la paroi mince du kyste est si adhérente qu'elle doit être disséquée au bistouri ; elle se rompt et se vide d'un liquide absolument limpide, séreux. Le doigt étant introduit dans la poche, pénètre dans le prolongement médiastinal : celui-ci adhère intimement à la veine sous-clavière qui est disséquée au histouri, non sans de certaines difficultés. Au cours de cette libération de la poche, je vois tout à coup un liquide blanchâtre, actescent,

(1) Soc. de Méd. de Nancy.

remplir la région opératoire. Le canal thoracique a été lésé et on voit en effet, en épongeant la région, une plaie latérale du conduit, linéaire, de 6 à 7 millimètres de longueur, siégeant sur la convexité de la crosse que forme le canal thoracique, à la partie inférieure du cou, avant de se jeter dans la veine sous-claviére. On voit par cette plaie la lymphe s'écouler en abondance, en jet rythmique saccadé. La latéralité de la plaie, le volume du canal thoracique et le niveau, qui offre une sorte de dilatation ampullaire, me porte à pratiquer une suture, au lieu d'une simple ligature. Ayant repéré avec des pinces les deux lèvres de la section vasculaire, je ferme cette brèche avec un surjet à la soie 00 à points très rapprochés, et j'ai la satisfaction de constater que ma suture est parfaitement étanche, et que pas une goutte de lymphe ne s'écoule dans la plaie. Je suture la peau au crin de Florence, laissant un petit drain à la partie antérieure de ma réunion cutanée.

Pendant quelques jours, un peu de sérosité sanguinolente tache le pansement. Jamais de lymphorragie. J'ai revu l'enfant 2 mois après. La région du cou opérée est souple : l'enfant pèse 8 kilogrammes.

Les observations de plaies du canal thoracique, recueillies par Lecène, se rapportent toutes à des plaies opératoires réalisées au cours d'ablations de tumeurs ou d'extirpations ganglionnaires du cou, dans les manœuvres de décollement ou d'arrachement de ces tumeurs.

Ces blessures se révèlent au chirurgien dans deux conditions différentes :

1° La blessure a passé inaperçue au cours de l'opération et ne se révèle que dans les jours qui suivent;

2° La blessure est constatée par le chirurgien au cours de l'opération.

Dans le premier cas, vers le 7e ou 8e jour, la cicatrice est soulevée par un épanchement assez volumineux. La désunion de la plaie donne issue à un liquide blanchâtre lactescent. Cette lymphorragie est plus ou moins abondante, peut atteindre un ou plusieurs litres par jour. Des accidents généraux graves, provenant de la déshydratation des tissus, peuvent se produire : oligurie, amaigrissement, sueurs profuses, coma. Le plus souvent les troubles sont insignifiants, et cette variabilité dans ces troubles semble être sous la dépendance de la disposition anatomique des blessures.

Lorsque le chirurgien constate, au cours d'une intervention, la lésion du canal thoracique, le symptôme capital est l'écoulement du chyle dans la plaie, liquide blanchâtre, lactescent, sortant rythmiquement par saccades qui coïncident avec l'opération.

Les plaies du canal thoracique diagnostiquées seulement dans les jours qui suivent une opération sont justiciables d'une seul traitement, la compression, le tamponnement serré de la plaie, qui parvient en général à tarir l'écoulement. Lorsque la lésion est constatée au cours de l'opération deux cas sont à envisager : ou bien il s'agit d'une section totale du conduit ; la ligature du bout périphérique est alors le traitement de choix, et les faits prouvent que cette ligature est sans inconvénient pour l'organisme ; — ou bien il s'agit d'une plaie latérale ; ici encore la plupart des auteurs préconisent la ligature du conduit. Cependant si le calibre du conduit paraît assez volumineux, si on se trouve en présence d'une plaie linéaire, régulière, à bords nets, la suture peut être pratiquée avec succès.

Cushing (de Baltimore), Keen et Porter ont appliqué ce procédé. Notre propre observation vient s'ajouter aux précédentes pour démontrer la possibilité de ce traitement, qui réalise une idée chirurgicale plus satisfaisante que la ligature, en restituant à un vaisseau lésé son intégrité anatomique et physiologique (1).

(1) Soc. de chir. de Marseille.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Le Traitement des taies de la cornée.

Par M. le Dr F. TERRIEN
Ophtalmologiste à l'Hôpital Beaujeon

La taie est susceptible de s'éclaircir, surtout si elle est peu épaisse et si le sujet est jeune. L'âge a une très grande importance ; chez les nouveau-nés, on peut voir des opacités très épaisses, consécutives à une conjonctivite blennorragique disparaître complètement.

On aura recours, pour obtenir cet éclaircissement, aux moyens excitants qui seront employés dès que l'œil n'est plus enflammé et peut les supporter. On commence par les plus faibles pour tâter la susceptibilité de l'organe.

Le plus employé est la pommade au précipité jaune :

Protoxyde jaune d'hydrargyre. 0 gr. 25.
Vaseline neutre .... 10 grammes.

dont on introduit chaque jour, gros comme un petit pois dans le cul-de-sac conjonctival ; la pommade est répartie dans toute son étendue, en frictionnant l'œil pendant quelques minutes par l'intermédiaire de la paupière supérieure (massage cornéen). Elle sera prescrite au centième ou à 5 p. 100, suivant la tolérance du sujet.

De même, la pommade au calomel, à la même dose, la poudre de calomel, les pulvérisations d'eau chaude, on légèrement sulfureuse, favoriseront l'éclaircissement.

Ils seront employés alternativement et on changera souvent la médication pour éviter l'accoutumance de l'organe.

Enfin, pour des raisons à la fois esthétiques et optiques, on peut être amené à pratiquer le tatouage de la taie combiné ou non à l'iridectomie.

Le tatouage consiste à incruster d'encre de Chine les couches superficielles de la cornée après avoir pratiqué à la surface de la taie, à l'aide d'une faisceau d'aiguilles, et après anesthésie préalable à la cocaïne, une série de petites piqûres. La taie, rendue moins visible, se confond avec la pupille et l'acuité visuelle peut être légèrement améliorée, la diffusion des rayons lumineux étant diminuée. Le tatouage peut donc être conseillé dans les taies anciennes, de la cornée non *compliquées d'enclavement irien*. Dans le cas contraire et lors de leucome adhérent, mieux vaut s'abstenir de toute intervention, la moindre irritation en pareil cas pouvant déterminer une cyclite ou même une ophtalmie sympathique.

Par l'iridectomie on se propose, en déplaçant la pupille masquée par la taie, de permettre le passage des rayons lumineux. Le siège de l'iridectomie est réglé par le siège même de l'opacité. La pupille artificielle sera placée au niveau de la partie de cornée demeurée transparente. Toutes les fois qu'on le pourra, elle sera faite en bas et en dedans. Mais c'est là un moyen infidèle et qui peut n'avoir d'autre résultat, si l'iridectomie est trop large, que d'entraîner de l'éblouissement ; on commencera donc toujours par mesurer l'acuité visuelle, et si celle-ci n'est pas améliorée après dilatation par l'atropine, mieux vaut ne pas intervenir.

REVUE DE TOXICOLOGIE

Intoxication saturnine par balle de revolver séjournant depuis 20 ans dans la paroi thoracique

Par le Docteur ROUX DE BRIGNOLLES
Chirurgien des hôpitaux de Marseille

Dans les articles des traités de médecine, dans toutes les publications relatives au saturnisme, l'énumération des facteurs étiologiques de cette affection fait mention des balles logées dans le corps à la suite de blessures par armes à feu. On pourrait dès lors croire qu'en pareille occurrence, il s'agit d'un fait banal, d'un accident souvent observé, et cependant il n'en est pas ainsi; et quand il s'agit d'apporter à l'appui de la thèse de l'intoxication de l'organisme par projectiles des faits précis, les observations sont rares. Aussi, au xxxvie Congrès de la Société de chirurgie allemande, Braatz, de Kœnigsberg, dit : « On sait que des projectiles en plomb peuvent séjourner dans l'économie pendant des années sans provoquer aucun accident ; on sait moins qu'ils peuvent provoquer un empoisonnement qui paraît plus fréquent que ne le fait supposer la pauvreté de la littérature médicale sur ce point.

Quatre ans plus tard, en juin 1911, Ribierre et Flandin présentaient à la Société médicale des hôpitaux un malade porteur d'une paralysie névritique des membres supérieurs consécutive à plusieurs semaines de coliques violentes avec ictère : tous accidents consécutifs à une intoxication saturnine par grains de plomb provenant d'un coup de feu.

L'année suivante (1912), dans le *Lyon Chirurgical*, Curtillet et Lombard publiaient l'histoire d'un malade observé par eux, intoxiqué à la suite d'un coup de feu ayant logé dans l'avant-bras du blessé une charge de fusil de chasse, calibre 16, soit 25 grammes de plomb.

Cette observation terminée par le décès du blessé était, d'après les auteurs, la 10e connue d'accidents de saturnisme par conservation de projectiles dans l'économie.

Malgré la rareté relative de pareils accidents, je n'aurais pas cru devoir communiquer l'observation qui va suivre, si le malade qui en est l'objet ne m'avait écrit pour me dire un an après l'opération qu'il était délivré des coliques qui avaient empoisonné son existence. Il m'a paru qu'il y avait là des renseignements intéressants, au point de vue de l'extraction des projectiles en plomb, seule thérapeutique rationnelle en pareil cas.

Le 1er juillet 1912 se présentait à mon examen M. F..., employé supérieur d'une maison de banque, me demandant de lui extraire une balle de revolver qui siégeait depuis 20 ans dans la paroi thoracique gauche ; son désir d'en être débarrassé n'était pas causé par des douleurs éveillées par la balle, elle ne le gênait nullement, et ne le faisait pas souffrir, mais depuis assez longtemps sa santé générale s'altérait, sans que l'on pût comprendre quelle était l'origine des malaises qu'il éprouvait. Quelques semaines avant sa visite, de violentes coliques se manifestèrent, ouvrant les yeux sur l'origine des troubles qu'il présentait.

D'une bonne constitution et d'une santé très florissante, M. F... commença à décliner à partir du moment où il revint des colonies, d'où il rapporta le projectile dont il va être question. Ce retour eut lieu il y a 6 ans environ. A partir de ce moment, il commença à s'anémier ; cela fut mis sur le compte du paludisme, bien qu'il n'eût jamais présenté aucun signe de cette affection ; puis son cœur appela sérieusement l'attention, à tel point qu'une de ses premières questions fut de demander s'il serait possible de faire l'extraction à l'anesthésie locale, l'anesthésie générale lui étant interdite par des lésions cardiaques.

Procédant à l'examen de ce malade, il m'est facile de constater la présence d'une balle de dimension assez grosse dans la région thoracique antérieure et supérieure gauche. La radiographie la montre dans le plan musculaire antérieur, probablement sous le grand pectoral.

Grand, amaigri, il a le teint blafard, plutôt grisâtre ; cette teinte est remarquable par sa fixité ; nulle émotion n'amène chez lui la moindre réaction apparente : le liseré de Burton n'existe pas ; peut-être y a-t-il un peu d'amincissement de la gencive, mais peu accentué.

Depuis qu'il souffre de l'abdomen (7 ou 8 se-

maines), il n'a jamais eu de vomissements, mais des nausées assez fréquentes accompagnant une constipation opiniâtre.

Les crises de coliques se manifestent par une douleur à la fois continue et paroxystique, les paroxysmes déterminent une douleur aiguë, dilacérante, localisée à l'hypogastre. Entre les crises, le malade éprouve une douleur sourde, fugace, occupant tout l'abdomen, avec retentissement sur le rectum et les organes génito-urinaires. Le ventre ne présente aucun changement de forme, la langue est humide, saburrale, l'appétit est à peu près supprimé, il y a fréquemment du boquet et des éructations; du côté du foie, aucune trace de cirrhose saturnine, qui évolue comme la cirrhose alcoolique.

Il n'y a pas de paralysie, à peine une ébauche d'un léger tremblement dans l'avant-bras droit après les efforts musculaires; la vision est normale.

Du côté de la circulation, on trouve chez ce malade des symptômes très nets d'insuffisance aortique; à savoir un souffle diastolique à la base, au niveau d'auscultation de l'aorte, et un double souffle intermittent crural.

Rien du côté de l'appareil respiratoire.

Comme on le voit par cet exposé des différents symptômes que présentait ce malade, il avait des signes indiscutables de saturnisme, et l'indication d'intervenir était pressante, car après une période très longue d'intoxication lente sans réaction violente, dans laquelle l'organisme s'empoisonnait sournoisement, mais progressivement, venait de se manifester l'accident douloureux et caractéristique, soulignant l'intolérance de l'organisme pour le plomb, par suite de la transformation de ce métal, sous l'influence des liquides de l'organisme en hydrocarbonates facilement résorbés.

Je demandai au malade de faire pratiquer l'examen du sang, qui dans les accidents saturnins a une importance considérable, mais je dus y renoncer, M. F... ne voulant en rien différer l'extraction. Je ne pus donc pas vérifier l'existence des granulations basophiles décrites par Askanasy, ni la destruction en masse des globules rouges, ni l'augmentation des globules blancs.

Opération le 2 juillet : anesthésie locale à la novocaïne; extraction d'une balle en plomb assez volumineuse du poids de 10 grammes placée assez profondément sous les muscles pectoraux, immédiatement en avant du gril costal. Réunion immédiate, la guérison était complète le 5e jour.

Je n'avais plus eu de nouvelles de ce malade depuis cette époque, quand le 28 juin courant, je reçus de lui la lettre suivante :

« Il y a un an environ, vous avez bien voulu m'enlever de la poitrine une balle que je gardais depuis plus de 20 ans.

« Or, ce qui m'avait décidé, c'était la corrélation possible entre cette balle et des coliques violentes dont je ne m'expliquais pas la ténacité.

« Je me suis bien observé depuis, et je dois à la science une indication; depuis cette date, mes douleurs intestinales ont diminué pendant les premiers mois, puis ont complètement disparu, et aujourd'hui, il apparaît d'une manière certaine qu'il y avait intoxication lente par le plomb. Je vous en fais part ainsi que je le dois, en vous adressant, etc... ».

Ainsi donc, comme l'établit cette lettre, il y a eu guérison définitive par la suppression de l'agent d'intoxication, mais cette guérison ne s'est faite que lentement, ce qui prouve bien qu'il y avait un empoisonnement grave de l'organisme; il aurait été très intéressant de savoir ce qu'est devenue la lésion cardiaque. A-t-elle aussi rétrocédé? Je n'ose l'espérer, car depuis que ce malade souffrait, il est probable qu'il s'était créé une véritable insuffisance organique.

Avant de terminer, je me permettrai d'appeler l'attention sur deux points qui m'ont paru particulièrement intéressants :

1° La date des accidents.

Tandis que chez les malades de Ribierre et Flandin, chez celui de Curtillet et Lombard, les accidents furent précoces, chez le nôtre, c'est après 20 ans que les coliques ont fait leur apparition; il y eut bien auparavant des accidents provenant de l'intoxication, mais peu manifestes, et c'est après un long séjour dans les tissus que la balle commença à donner lieu à des phénomènes d'intoxication grave, indiscutablement d'origine saturnine. Cette longueur de la période de tolérance du corps étranger est signalée par Braatz; il est remarquable, dit-il, de constater que les manifestations morbides n'éclatent qu'au bout de 17 à 18 ans.

Ces variations dans la date de l'apparition des phénomènes d'intoxication tiennent à plusieurs causes, parmi lesquelles les plus importantes sont la nature des tissus avec lesquels le corps étranger est en contact, et la forme sous laquelle le plomb a été introduit. Plus le métal est divisé et plus il est dangereux; plus la région est vascularisée et plus le plomb s'altère vite.

2° Quant au poids du plomb introduit, il ne paraît pas avoir une influence bien grande sur la production des accidents, les malades dont les observations sont citées ci-dessus avaient tous deux une charge de plomb de chasse, soit 25 grammes dans la poitrine et dans l'avant-bras; le nôtre avait une balle de 10 grammes; Braatz cite des poids infimes 3 grains dans un cas, 5 dans un autre, pesant en tout de 1 à 1,6 grammes.

Il faut en somme bien peu de plomb pour produire de bien graves accidents, et de pareils faits sont de sérieux arguments en faveur de l'extraction précoce des projectiles (1).

(1) Soc. de chir. de Marseille.

REVUE D'HYGIÈNE

Les Intoxications d'origine carnée et leurs Agents

Les intoxications alimentaires constituent un chapitre très important de l'hygiène. Leur étude, toute récente, est des plus complexes et offre un vaste champ d'expériences aux chercheurs.

Le Dr Mespoulet, vétérinaire en second à l'Ecole de cavalerie de Saumur, dans son travail inaugural, envisageant un des côtés du problème, a limité ses recherches aux accidents provoqués chez l'homme, par l'ingestion des viandes fraîches. Sa thèse a pour but de montrer l'état actuel de la question. Il expose d'abord l'étiologie des accidents et fait une étude bactériologique complète des agents qui les déterminent. Après avoir fait l'étude clinique des intoxications alimentaires, l'auteur continue par la description des méthodes de laboratoire, en indiquant les plus pratiques pour reconnaître les viandes dangereuses. Enfin, il étudie les moyens les plus propres à prévenir les intoxications carnées.

La théorie microbienne a fait place à celle des ptomaïnes dans les intoxications par les viandes. C'est aux microbes et à leurs toxines, si résistantes à la chaleur, que sont dus les empoisonnements alimentaires causés par les viandes fraîches crues et cuites.

Si l'expertise chimique ne permet pas de déceler, dans les viandes suspectes, la présence d'un poison chimique nettement défini, on peut y trouver des microbes qui, en général, se rapprochent du type Coli-Eberth. Ces microbes ont été rencontrés dans les viandes malades de tous les animaux de boucherie, à part celles de mouton qui présentent surtout le bacille de Preitz-Nocard.

Les intoxications observées ont été causées, par ordre de fréquence, d'après une statistique portant sur 224 épidémies : 102 fois par la viande de vache, 52 fois par la viande de veau, 28 par celle du bœuf, 23 par celle du porc, 17 fois par la viande de cheval et 2 fois seulement par celle de mouton.

La chair des bovins adultes s'est montrée dangereuse dans les cas d'entérite, de métrite, de mammite septique ou d'affection purulente (pyélo-néphrite); celle des veaux, dans les cas d'entérite infectieuse, d'arthrite purulente ou d'affections septico-pyohémiques si fréquentes à la suite d'infection de la plaie ombilicale. Les porcs étaient atteints d'affection gastro-intestinale ou de pneumo-entérite. Les chevaux présentaient surtout des maladies de l'appareil digestif ou des organes génito-urinaires. Il est à noter que les viandes provenant d'animaux atteints des maladies ci-dessus énumérées ne sont pas toutes dangereuses; il est nécessaire qu'elles renferment des bacilles du type typhus-coli.

Il n'y a pas, non plus, de rapport entre la quantité de viande ingérée et la gravité des accidents. Une petite quantité peut suffire; mais la nocivité est toujours plus grande, à l'état cru.

Le plus grand nombre d'intoxications a été causé, sans contredit, par la chair des animaux abattus d'urgence, sacrifiés *in extremis* ou saignés après la mort.

Ces viandes, répètent tous les auteurs qui ont étudié les intoxications carnées, ne sont pas toujours modifiées dans leur couleur, consistance et odeur; dans la plupart des cas, ajoutent-ils, elles avaient conservé un aspect normal et ils en concluent à l'insuffisance de l'inspection des viandes pour les reconnaître; ce qui n'est guère rassurant.

Enfin, les muscles sains peuvent devenir dangereux s'ils sont souillés au contact de viandes malsaines, ou par les « porteurs de germes ». Le hachis de viande est surtout dangereux, puisque Stroscher a constaté plus de 600.000 germes dans le hachis cru du commerce.

Les microbes qui déterminent les intoxications carnées ont de nombreux points de ressemblance. Les caractères morphologiques, ceux fournis par les cultures, de même que le mode d'action sur les sucres, ne suffisent pas pour les différencier. Ils ont un pouvoir pathogène identique vis-à-vis des animaux d'expérience et causent les mêmes symptômes et les mêmes lésions. Leurs cultures sont détruites à 65-70 degrés, mais ils sécrètent des toxines thermo-stabiles qui rendent dangereuse la viande, même après la cuisson.

La séro-agglutination avec les sérums expérimentaux permet cependant de séparer ces microbes en deux groupes : celui de Gartner (bacillus enteritidis) et celui d'Aertrycke (bacille de Nobele); ce dernier comprenant, en outre, le paratyphique B, le bacille de Salmon, de la psittacose et du typhus des souris.

Les différentes méthodes basées sur la présence dans le sang des malades de substances spécifiques : bactériolysines, opsonines, sensibilisatrices, ont confirmé cette division; mais il est encore impossible, à l'heure actuelle, de différencier les microbes qui composent chacun de ces sous-groupes.

Le rôle du bacillus enteritidis est loin d'être établi dans les affections animales; seule, la diarrhée des veaux paraît imputable à un bacille du groupe Gartner, d'après Fally.

L'entéritidis est un saprophyte de l'intestin (Morgan); il serait dangereux quand il envahit l'organisme.

L'on a observé des maladies paratyphiques humaines, qu'on n'a pu identifier à aucune des maladies des animaux de la boucherie; cependant il s'agit, dans ces affections, de bacilles identiques à ceux des infections alimentaires.

Le rôle pathogène du coli-bacille dans les intoxications carnées n'est pas non plus établi; quant au proteus, on le rencontre surtout dans les viandes souillées ou en voie de putréfaction.

Les intoxications alimentaires se manifestent, en général, par les mêmes symptômes qui varient

de la gastro-entérite simple aux formes typhiques et cholériques. Les accidents débutent de 12 à 36 heures après l'ingestion des viandes. La mortalité varie suivant les épidémies. D'après la statistique de Sacquépée, qui porte sur 2.723 cas, elle serait de 1,5 0/0. Certains sujets présentent une sensibilité spéciale pour les viandes de veau et de porc.

Le diagnostic est hérissé de difficultés. Il est surtout à faire avec les affections typhoïdes. On se basera sur l'apparition brusque des vomissements et de la diarrhée, le nombre des personnes malades.

L'enquête fournira des renseignements précieux sur la nature et l'espèce de viande. Dans tous les cas, il est utile de faire des prélèvements de sang, d'urine et des déjections, aux fins d'analyse.

La recherche directe des bacilles et leur constatation n'ont qu'une valeur très limitée. D'abord l'identification des microbes ne pourra jamais être établie uniquement d'après les caractères morphologiques. Le nombre des microbes rencontrés au sein des viandes suspectes aura une valeur diagnostique d'autant plus grande qu'on retrouvera ces mêmes micro-organismes dans le sang de plusieurs malades. Les cultures sur les différents milieux permettront sinon de différencier entre eux, d'une façon certaine, les microbes des intoxications, du moins de les séparer des microbes voisins (bacilles d'Eberth-coli) avec lesquels on peut les confondre.

Le séro-diagnostic n'est pas toujours sûr, car le sang des malades peut aussi agglutiner le bacille d'Eberth. On pourra inoculer des animaux : cobayes, lapins, avec du sang du malade ou faire ingérer à des souris blanches l'aliment suspect. Mais il peut arriver que des souris soient sensibles à l'ingestion de la viande, même saine.

Les autres procédés : recherche des opsonines, bactériolysines, déviation du complément, nécessitent des moyens spéciaux et donnent des résultats encore trop incertains.

En résumé, le diagnostic des intoxications carnées ne peut être établi que par la concordance des données bactériologiques, cliniques et épidémiologiques.

La prophylaxie des intoxications carnées ressort des connaissances étiologiques et bactériologiques qui précèdent. Puisque les viandes dangereuses sont surtout celles provenant d'animaux malades, abattus *in extremis*, on devra les soumettre à un examen sévère et, en cas de doute, faire appel à tous les moyens de contrôle fournis par le laboratoire, avant de les livrer à la consommation. Ces moyens consistent dans l'examen bactériologique, les cultures, le séro-diagnostic et les inoculations expérimentales.

L'examen bactériologique est fondé sur l'absence de microbes à l'intérieur des viandes saines, dans les conditions normales. On sait également que le suc musculaire, dans l'état de santé, n'agglutine pas les bacilles de Gartner ou les paratyphiques B.

Le Dr Mespoulet, après avoir passé en revue toutes les méthodes indiquées par Bassenau, Conradi, Bugge, de Nobélé, etc., conseille, comme moyen d'examen le plus rapide et le plus pratique, le «myo-séro-diagnostic», déjà signalé et étudié par Césari. Ce procédé est des plus simples : on met une goutte de suc musculaire, dilué dans l'eau physiologique, dans deux séries de verres de montre contenant 20, 40, 50, 60 gouttes, etc... de cultures, la première, de l'entéridiitis, et la deuxième, du paratyphique B et l'on porte à l'étuve. Une heure après, on peut déjà déterminer le pouvoir agglutinatif de la sérosité musculaire incriminée. En même temps, après avoir cautérisé le muscle et fait une incision cruciale, l'opération prélève, avec les précautions d'usage, quelques centimètres cubes de muscle à l'aide d'un tube de verre enfoncé par un mouvement de vrille. Il ensemence un fragment dans du bouillon peptoné. Si, quinze heures après, on trouve des bâtonnets mobiles et qui ne prennent pas le gram, la viande doit être considérée comme suspecte et l'on continue les cultures sur la gélose inclinée et les milieux spéciaux : à la bile, de Chantemesse, de Drigalski-Conradi, etc., à l'effet de différencier les colonies du groupe typhus-coli.

Enfin, on inocule des cobayes ou des lapins pour rechercher le pouvoir pathogène de la viande et on en fait manger crue et cuite à des souris. La cuisson permettra de déceler les odeurs anormales.

Dans les abattoirs, si l'on peut procéder à un examen complet des animaux, avant et après l'abatage, il n'en est plus de même, dans les tueries particulières où l'inspection est souvent imparfaite ou non existante et où les abatages d'urgence sont nombreux. Les viandes provenant de ces tueries et expédiées sans viscères dans les grands centres, sous le nom de viandes foraines, sont les plus difficiles à inspecter. Il y a donc là un danger sérieux au point de vue de l'alimentation et, en fait, ces viandes fournissent une grande proportion de saisies, comme insalubres, soit par maladie, soit par avarie, en cours de route.

Comme le dit fort bien le Dr Mespoulet dans ses conclusions, la prophylaxie des intoxications alimentaires se confond intimement avec la question de l'inspection des viandes. Il en résulte que les seuls moyens à employer pour diminuer les chances d'infection consistent :

1° Dans l'inspection sanitaire généralisée, obligatoire, assurée par des personnes compétentes, c'est-à-dire la création d'abattoirs communaux ou intercommunaux et la surveillance efficace des tueries particulières ;

2° Dans la propreté des manipulations des viandes qui ne sera obtenue que par la vulgarisation des principes d'hygiène. C'est à cette vulgarisation que doivent s'attacher les médecins et les vétérinaires et, d'une façon plus générale, tous les hygiénistes.

CARNET DU PRATICIEN

Intoxication aiguë par les opiacés

1° Pratiquer aussi promptement qne possible nn lavage de l'estomac avec de l'eau pure, on, ce qni est préférable, avec une solution de permanganate de potasse à 1 p. 2000.

An cas où le lavage est impossible, on devra chercher à provoquer des vomissements, et recourir dans ce bnt aux procédés mécaniqnes ou à l'administration de sulfate de zinc ou de cuivre :

Sulfate de cuivre............... 0 gr. 20
Sirop de fleurs d'oranger....... 30 gr.
Eau distillée...... q. s. pour 125 cent. cubes

par cnillerée à soupe toutes les dix minntes jusqn'à résnltat.

On encore :

Sulfate de zinc.................. 0 gr. 50
Sirop de fleurs d'oranger........ 30 gr.
Eau de tilleul....... q. s. pour 150 cent. cubes

Même mode d'administration.

2° Anssitôt après le lavage de l'estomac, donner nn lavement purgatif pour assurer l'évacnation dn poison passé dans l'intestin.

3° Stimnler le malade par tous les moyens possibles; l'empêcher de dormir, l'interpeller continnellement; le ranimer au besoin par des révulsifs; appliquer la méthode ambulatoire et faire marcher le malade malgré sa torpeur en le soutenant et en l'excitant.

Faire absorber à l'intoxiqué du café à haute dose, pur on additionné de cognac.

Inhalations répétées et copieuses d'oxygène, ou recourir aux injections sous-cutanées d'oxygène.

Recourir aussi à l'huile éthéro-camphrée et injecter d'heure en heure deux centimètres cubes de la préparation suivante :

Camphre.................... 4 grammes
Ether sulfurique............ 12 grammes
Huile sterilisée, q. s. pour 20 cent. cubes

4° Administrer les médicaments antagonistes de l'opium, mais ne jamais prescrire l'Atropine.

Injections sous-cutanées de caféine :

Caféine........................ 2 gr. 50
Benzoate de soude.............. 3 gr. 50
Eau distillée et stérilisée q. s. pour 10 cent. cubes

Injecter en plusieurs fois 2 à 3 cc. par jour; prescrire le permanganate de potasse.

Permanganate de potasse.......... 1 gr.
Eau distillée.............. 500 cent. cubes

Faire prendre de suite la moitié de cette solution; donner la seconde moitié une demi-heure plus tard.

Boissons diurétiques pendant les heures qui suivent et surveiller longtemps le malade de crainte qu'après être sorti de sa somnolence, il ne retombe dans le coma.

Epithélioma

Nettoyer la région malade et, après avoir fait quelques applications de pointes de feu, appliquer tous les jours, avec un pinceau, le mélange suivant :

Créosote pure................. 20 grammes
Goudron...................... 5 —
Acide chlorhydrique........... 0 gr. 30
Chlorydrate de cocaïne....... 0 gr. 40

Indications des Stations hydrominérales et climatiques

En romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

En romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant* pas *d'eau.*

En «italique». — Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydro-minéral.

Albuminuries. — Saint-Nectaire.
Anémie. — Cauterets, Lamalou, La Bourboule.
Arthritisme. — Contrexéville, Cauterets, Mont-Dore.
Artério-sclérose. — Plombières, Royat.
Asthme. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Enghien.
Bronchites. — Cauterets.
Bronchites chroniques. — Cauterets, Mont-Dore La Bourboule
Coliques hépatiques. — Contrexéville.
Constipation. — Cauterets, Châtel-Guyon.
Coryza chronique. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades, Enghien.
Dermatoses. — Saint-Christau, La Bourboule, Fumades.
Diabètes. — Contrexéville, La Bourboule, Vichy.
Dyspepsies. — Plombières, Cauterets.
Emphysème. — Mont-Dore, La Bourboule, Enghien.
Entérites. — Châtel-Guyon, Cauterets, Plombières.
Estomac. — Vichy, Plombières.
Foie. — Contrexéville.
Gorge. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades
Goutte. — Contrexéville, Aix-les-Bains.
Gravelle urique. — Contrexéville, Châtel-Guyon, Vichy.
Laryngites. — Cauterets, La Bourboule, Fumades, Enghien.
Leucoplasie. — Saint-Christau.
Métrites. — Plombières, Salins-Moutiers, Fumades.
Névralgies. — Plombières.
Nez. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades.
Reins (Lavage). — Contrexéville.
Rhumatismes. — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax.
Rhume des Foins. — Mont-Dore, La Bourboule.
Sciatique. — Aix-les-Bains.
Syphilis. — Cauterets, Aix-les-Bains.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE

VARIÉTÉS

Les Femmes et les Etablissements publics d'assistance

Le *Journal officiel* a publié ces jours derniers une circulaire importante que le ministre de l'intérieur vient d'adresser aux préfets au sujet de l'entrée des femmes comme déléguées dans les commissions administratives des établissements publics d'assistance.

M. L.-L. Klotz estime que les préfets doivent user plus largement, tout en l'exerçant d'une façon méthodique, de la faculté qui leur a été personnellement reconnue par un avis rendu par le Conseil d'Etat le 28 juillet 1898, de choisir des femmes comme leurs déléguées dans les commissions administratives.

La présence des femmes dans ces commissions a pu jusqu'à ce jour être considérée seulement comme utile ; elle est devenue nécessaire à la veille de la mise en vigueur de la loi du 14 juillet 1913 sur l'assistance aux familles nombreuses et surtout de la loi du 17 juin 1913 sur l'assistance aux femmes en couches.

Cette dernière subordonne d'une part le maintien du secours à l'exacte observation par l'assistée des instructions relatives au repos et à l'hygiène que lui aura données à cet effet « la personne désignée par le bureau de bienfaisance » ; elle institue d'autre part une majoration de secours en faveur des mères qui durant la période d'assistance auront nourri leur enfant.

Il est incontestable que les femmes qui feraient partie des commissions administratives des bureaux de bienfaisance seraient plus qualifiées pour apprécier si ces prescriptions ont été bien suivies et « dans toute la mesure compatible avec les exigences de la vie domestique ».

Cette collaboration féminine, particulièrement désirable dans les bureaux de bienfaisance, M. L.-L. Klotz souhaite de la voir également pénétrer dans les hôpitaux et les hospices, où la compétence avisée d'une femme pourrait rendre les plus sérieux services, tant en ce qui touche la bonne tenue de l'établissement, la qualité de la lingerie, de la cuisine, que les améliorations à apporter dans les quartiers réservés aux femmes et aux enfants, dans les services de la maternité, etc.

La circulaire de M. L.-L. Klotz contient en dernier lieu des considérations d'ordre plus général, touchant aussi bien les règles qui doivent présider au choix par l'administration de ses délégués dans les commissions administratives que les conditions exigées de ces derniers :

« Nul ne doit recevoir l'honneur de votre désignation qui ne soit jugé par vous capable de s'élever sans effort à cette haute conception de ses devoirs *d'administrateur du bien des pauvres*. C'est à discerner les citoyens qui réalisent au mieux cette condition essentielle et possèdent les qualités nécessaires à l'exercice d'une semblable mission que vous devrez, en toute circonstance, appliquer votre scrupuleux examen ».

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Medicus 1914, Guide-Annuaire des Etudiants et des Praticiens (A. Rouzaud.)

Medicus 1914 vient de paraître; nous ne saurions trop recommander ce Guide-Annuaire aux Etudiants, mais surtout aux Praticiens.

Si les premiers trouvent dans le *Medicus* toute la filière de leurs études, les Lois, Décrets, Arrêtés et Règlements en vigueur, constamment tenus à jour, ainsi que les questions posées aux différents concours de l'externat, internat, adjuvat, etc., etc.; les seconds y trouvent les Lois, Décrets et Arrêtés concernant l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Les renseignements concernant les concours pour les hôpitaux, les asiles d'aliénés, l'agrégation, les médecins de Colonisation, les médecins sanitaires maritimes, sont longuement décrits dans *Medicus*.

Les facultés et écoles du monde entier font l'objet de la 3e partie avec les noms des professeurs et les renseignements sur l'exercice de la médecine dans les différents pays.

Les sociétés savantes, la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, le Conseil supérieur de l'hygiène publique de France, les services médicaux des préfectures de la Seine et de Police, la santé publique aux Colonies, les sociétés d'assistance, de secours mutuels, d'assurance, les syndicats médicaux, les eaux minérales, etc., trouvent leur place dans cet excellent guide-annuaire.

Enfin, ce que l'on ne trouve nulle part, un Dictionnaire raisonné de Droit et de Jurisprudence médicale exclusivement écrit pour *Medicus* par un maître du barreau, Me Paul Castel, avocat à la Cour d'Appel de Paris. Ce dictionnaire répond à toutes les questions que le praticien comme l'étudiant peuvent lui poser et les met en garde contre les embûches de la profession.

La 6e partie de cet important volume contient la liste complète des médecins, dentistes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens de France avec une classification des mieux comprises.

Eléments de radiologie, *Diagnostic et thérapeutique par les rayons X*, par le Dr E. ALBERT WEIL, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Trousseau. (Félix Alcan.)

Dans les premières années qui ont suivi la découverte de Rœntgen, quand la science radiologique ne faisait que balbutier, il était prématuré de publier des traités de radiologie, puisque l'appareillage, les procédés d'exploration, les méthodes d'utilisation, étaient dans une perpétuelle variation. Mais maintenant un grand nombre de notions sont bien acquises, les rayons X ont envahi toute la médecine, et la radiologie constitue une science que nul médecin n'a plus le droit d'ignorer.

Le livre de M. Albert Weil a pour but de montrer son état actuel et son rôle.

Ce livre, clair et précis, s'adresse aux étudiants et aux médecins qui aujourd'hui doivent tous savoir utiliser les traitements radiothérapiques ou lire des radiographies et à tous ceux qui veulent se spécialiser dans la radiologie : sa lecture leur épargnera les tâtonnements qui si souvent découragent les débutants.

Du symptôme à la maladie, *Guide élémentaire de diagnostic clinique*, par FÉLIX COSTE (A. Maloine.)

Lorsqu'un malade vient nous demander de l'examiner, on nous appelle à son chevet. A la classique question « Qu'avez-vous? » il répond ordinairement par l'énonciation d'un symptôme : « J'ai des vertiges, j'ai mal à la tête ».

Sans doute nous devons faire un examen complet de tout malade qui nous consulte, et cet examen aura souvent pour premier résultat de nous montrer que le symptôme signalé n'est pas le symptôme dominant, qu'il doit céder la place à un autre, parfois qu'il n'existe pas. Cependant, il est impossible de méconnaître l'importance pour la direction de l'examen, de ce premier symptôme signalé par le malade et qui est la raison de notre intervention ; c'est en partant de ce symptôme que nous marchons à la poursuite du diagnostic.

Les préjugés en médecine mentale, par le Dr ANDRÉ VALLET (A. Maloine, éditeur.).

Ce livre, contenant une foule de notions utiles, fait partie de la collection du Dr Bosviel.

Histoire de l'art dentaire dans l'antiquité, par le Dr ALPHONSE SOULÉ (Jouve.)

Dans l'*Histoire de l'art dentaire dans l'antiquité*, le Dr Soulé promène le lecteur à travers le monde antique, depuis l'époque où l'homme, troglodyte velu, apparaît sur notre planète jusqu'à la fin de l'empire romain, et lui montre tout l'effort fait par les générations du passé pour s'affranchir de l'insupportable mal de dents et même pour réparer, par une prothèse plus ou moins rudimentaire, les ravages du temps. Voyage aussi agréable qu'instructif. C'est l'homme des cavernes qui nous apparaît d'abord avec des dents abrasées par l'usure. Chez les Egyptiens, nous voyons des dents obturées déjà avec de l'or et des appareils prothétiques vraiment curieux pour une époque aussi lointaine. Les Chinois nous déconcertent par leur thérapeutique originale. Enfin, les Grecs et les Romains nous étonnent par les progrès considérables qu'ils font faire à l'art dentaire.

Madame Lafarge, par Adrien VARLOY (H. Daragon.)

M. Adrien Varloy, l'auteur d'*Un Echevin de Paris au XVIIIe siècle* couronné par l'Académie Française, publie un nouveau volume qui vient tout à fait à son heure et ne peut manquer d'exciter une vive curiosité. C'est l'histoire authentique de la célèbre *Madame Lafarge*, la mystérieuse héroïne d'un des procès qui ont le plus passionné une époque et un pays.

Marie Cappele empoisonna-t-elle son mari? Fut-elle au contraire la victime de la haine et de la fatalité? C'est ce que M. Varloy a cherché à reconnaître au milieu de tant de témoignages contradictoires et au moyen des sources les plus sérieuses, voire de documents inédits.

Et tout cela est vivant, d'une vie intense, ardente, passionnée.

Ajoutons que l'auteur a eu l'excellente et ingénieuse idée, pour conclusion à son œuvre, de demander leur avis sur « l'affaire Lafarge » à quelques-unes de nos sommités de la Magistrature, de la Médecine et du Barreau. Il a pu réunir ainsi un dossier des plus intéressants et dont les avis seront certainement très commentés.

Voilà un volume qui va faire du bruit.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE DIT, CE QUI SE PASSÉ

Stations climatiques

Par décret, la commune du Lavandou (Var) est érigée en station climatique et il est crée dans cette station une chambre d'industrie climatique.

Académie de Médecine

A signaler parmi les pièces de la correspondance officielle transmise par M. le Ministre de l'intérieur : 1° La copie d'un rapport présenté au conseil supérieur d'hygiène de France pour être jointe à une demande du conseil municipal de la commune de Chaudesaigues en vue d'obtenir son classement comme station climatique ; 2° une demande d'autorisation pour importer en France l'eau d'une source dite « Alpine », située à Figino, près Lugano (Suisse).

Cette dernière demande a été renvoyée à l'examen de la commission des eaux minérales.

Au cours de la dernière séance de l'Académie, il a aussi été transmis par M. le ministre de l'Intérieur :

1° Des demandes des conseils municipaux de Cabourg (Calvados) et Gassin (Var), en vue de l'érection de ces villes en stations climatiques, avec institution d'une chambre d'industrie climatique ;

2° Les avis exprimés par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France au sujet des demandes formées par les communes de Neufchâtel, Condette et Saint-Etienne-du-Mont (Pas-de-Calais), en vue d'obtenir la reconnaissance en station climatique de la plage d'Hardelot, d'Arcachon (Gironde), de Langrune (Calvados), Royan (Charente-Inférieure), Saint Palais-sur-Mer (Charente-Inférieure), Villiers-sur-Mer (Calvados), en vue d'obtenir leur érection en stations climatiques; de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), Rennes-les-Bains (Aude), en vue de leur érection en stations hydro-minérales.

Toutes ces pièces ont été renvoyées à l'examen de la Commission des eaux minérales.

ÉCHOS

Laboratoire d'électro-radiologie du professeur Chantemesse

Le docteur Kolbe a commencé, le mardi 9 décembre, à 10 h. 1/2 du matin, une série de conférences théoriques et pratiques d'électro-radiologie médicale avec présentation d'appareils, de radiographies, de projections fixes et animées, et les continuera les mardis suivants à la même heure.

Ces conférences sont ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine, français et étrangers.

Prière de s'inscrire au Laboratoire des Rayons X. Inscription gratuite.

Conserves à surveiller

La conserve de tomates, personne ne l'ignore, est partout aujourd'hui d'un usage très courant. Or, dans beaucoup de ces conserves, vendues à bas prix, on trouve, a constaté M. P. Carles, des quantités notables d'acide salicylique, pouvant atteindre jusqu'à 1 gramme par kilogramme et dont l'emploi a pour but principal d'économiser les frais et le travail d'asepsie par le chauffage et aussi de maintenir intacte la couleur.

L'acide salicylique étant un irritant des voies digestives peut provoquer des accidents sérieux d'intoxication chez ceux dont les reins fonctionnent insuffisamment ; de plus, comme il agit aussi sur le foie et sur l'utérus, il y a dans son emploi pour la préparation des conserves un abus auquel il convient de veiller.

Le fait qu'il existe naturellement de l'acide salicylique dans les tomates, ainsi d'ailleurs que dans la fraise et la plupart des fruits rouges, ne saurait être une excuse, car on ne l'y rencontre qu'à des doses infimes et de plus il n'y existe pas à l'état libre.

84e Année (Série XIIIe) — No 228 | Le Numéro 25 Centimes | Mercredi 17 Décembre 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr
Union postale. . . . 15 fr.
Editions Espagnole, Portugaise et Italienne } 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 17 Décembre 1913

Voir page 401 l'enquête sur l'Euthanasie.

ÉCHOS

Pour les Spécialistes.

Les spécialistes français ont le plus grand intérêt à faire partie de la Chambre Syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques.

Ce groupement, admirablement dirigé, et très actif, fait en ce moment des démarches très précises pour favoriser l'exportation des produits français à l'étranger, pour faire abaisser les droits de douane parfois prohibitifs de certains pays et pour faire supprimer les règlements souvent draconiens de certaines nations.

Travaillant pour le bien de tous et dans l'intérêt supérieur de la France, la Chambre Syndicale devrait grouper la totalité des spécialistes.

Nous engageons vivement ceux-ci à demander des renseignements de la part de la *Gazette Médicale de Paris* au Secrétaire général, M. Landrin, 20, rue de La Rochefoucauld, Paris, qui leur donnera des renseignements très intéressants.

Interdiction de l'absinthe dans le Haut-Sénégal

M. Clozel, gouverneur du Haut-Sénégal et Niger, vient de prendre un arrêté interdisant, à partir du 1er janvier 1915, la vente de l'absinthe aux indigènes et, dès maintenant, la rémunération avec ce produit du travail fourni par les noirs.

Jubolisez

Jubolisez vos constipés et vos entérités. Rien ne vaut une cure de Jubol qui rétablit les fonctions normales de l'intestin.

Un Cours au Collège des Nations en l'an 2.200

Par M. le Docteur Lucien Nass

...C'est alors, Mesdames et Messieurs, que se produisit ce que nous pouvons appeler le coup de théâtre historique ; nulle révolution, dans aucun pays, ne fut plus féconde, et pourtant plus calme. Par la découverte d'un savant, nos aïeux du xxe siècle qui se croyaient parvenus au suprême degré de la civilisation, ont vu s'ouvrir devant eux un horizon merveilleux — qu'ils n'avaient jamais rêvé dans leurs plus utopiques illusions.

Laissez-moi reprendre l'enchaînement chronologique des faits. En 1913 — époque où finissent les temps barbares et où commence l'ère moderne — la France s'était donné pour président de la République Raymond Poincaré, l'Allemagne obéissait à l'empereur Guillaume II ; l'Angleterre se débattait, sous le règne de George V, avec les difficultés du Home Rule; l'Orient flambait une fois encore, immense incendie allumé par la cupidité des peuples jamais rassasiés.

L'année 1914 s'ouvrait sous de sombres présages. Les sybilles et les devineresses — elles florissaient surtout à Paris et y faisaient fortune — prédisaient de terribles malheurs. La guerre des Balkans que l'on pensait terminée à la suite d'arrangements et de marchandages diplomatiques, devait reprendre, plus meurtrière, plus farouche, que jamais. L'Europe entière frémissait sous les armes : une conflagration générale menaçait la paix du monde. Or, si l'on songe qu'à cette époque l'aviation commençait à prendre son essor, que les aéroplanes se transformaient en engins belliqueux au lieu d'être adaptés aux besoins de la locomotion pratique, que les sous-marins venaient d'être inventés, que les explosifs se révélaient formidables, que tous les hommes, de vingt à cinquante ans devaient porter les armes, on peut imaginer les désastres qu'aurait occasionnés une guerre générale, où les combattants se seraient entre-tués sur terre, sur l'eau, dans l'eau, dans l'air ! Un véritable vent de folie secouait l'Europe qui dérivait toutes les forces scientifiques, industrielles commerciales, financières, vers un seul but : la guerre.

Mais la science veillait. Elle sauva l'humanité d'un désastre épouvantable, auprès duquel le déluge n'aurait été qu'un jeu d'enfant. A l'heure où précisément la situation internationale était la plus tendue, où les empereurs belliqueux fourbissaient leur épée et faisaient sécher leur poudre, ainsi qu'ils aimaient à dire, où les charges militaires croissaient de jour en jour, écrasaient les malheureux peuples et transformaient l'Europe en une immense caserne, à cette heure, un savant communiqua le plus simplement du monde, la découverte qu'il venait de faire, et qui, depuis, constitue la base du monde moderne.

Je ne vous apprendrai rien, Mesdames et Messieurs, en vous rappelant que le docteur Yamagato était un Japonais, descendant de ces illustres samourai qui ont donné au Japon la fine fleur de son aristocratie. Par un singulier choc en retour de l'atavisme, cet héritier des vertus belliqueuses de ses ancêtres était un pacifiste qui prisait à très haut point la vie humaine — la sienne comme celle des autres — trouvait ridicule le harakiri de ses compatriotes, et nourrissait l'ambition de consacrer toute son intelligence à soulager les maux de l'humanité. D'importants travaux microbiologiques avaient mis son nom en vedette et le célèbre banquier Isaac l'avait attiré à son Institut universel qui, à Paris, faisait concurrence à la Sorbonne, à l'Institut Pasteur et aux fondations scientifiques de l'empereur de Monaco. Là, Yamagato put poursuivre patiemment ses recherches.

Il voyait les choses, non point comme la plupart des bactériologistes d'alors, qui, l'œil vissé sur l'oculaire du microscope, considéraient le monde comme divisé en parcelles infinitésimales dont ils étudiaient passionnément l'une sans s'occuper de l'ensemble. Tous tombaient dans ces travers, tous marchaient dans ce sillon étroit et malaisé, sans généraliser, sans synthétiser. L'esprit d'analyse les possédait entièrement. Or, si ce dernier est indispensable comme élément essentiel de toute observation fructueuse, il est vain s'il ne s'associe pas à l'esprit de synthèse qui, seul, édifie sur les bases fournies par l'analyse.

Le bactériologiste Yamagato s'était spécialisé d'abord dans l'étude de la faune intestinale. Reprenant à pied d'œuvre les travaux, aujourd'hui perdus, d'un autre savant qui devait, croyons-nous, s'appeler Metchnikoff, il parvint à isoler les microorganismes facteurs de certaines affections totalement disparues, telles que l'appendicite qui ravageait alors la société, et nécessitait de trop nombreuses et souvent inutiles laparotomies. Mais ces découvertes n'étaient que la préface de celle dont il allait doter l'humanité.

Yamagato eut, dans un éclair de génie, l'idée d'appliquer la méthode expérimentale et microbienne à l'étude étiologique des passions humaines. Sa conception était fort simple : il suffisait d'y songer, et pour cela, d'ouvrir les yeux et de considérer le spectacle qu'offraient alors ses contemporains tenaillés par le démon de la guerre. Il pensa que la psychologie humaine est déterminée, tout comme la physiologie corporelle, par une série de facteurs, les uns moraux, les autres morbides, facteurs indépendants de notre libre arbitre et vraisemblablement d'essence parasitaire, comme les microbes que nous hébergeons. Considérant les crises de violences que l'humanité, dite civilisée, a traversée si souvent, et notamment les convulsions anormales qui secouaient l'Europe à cette époque, Yamagato se dit qu'il s'agissait là d'un phénomène infectieux, de nature éminemment contagieuse et que « l'épidémie de guerre », pour employer son expression, devait être considérée à l'égal des épidémies de peste, de choléra ou de typhus et qu'elle était justiciable de la même prophylaxie. Il se mit donc à la recherche de ce microorganisme spécifique dont l'action pathologique s'exerçait, non plus sur la muqueuse intestinale ou sur la nutrition et provoquait une infection localisée ou généralisée, mais qui retentissait si gravement sur les fonctions psychiques du sujet, en adultérant ses sentiments affectifs, en l'incitant aux pires violences, en réveillant en lui les vieux instincts ataviques, la combativité, la cruauté, le carnage. Yamagato vit bientôt ses efforts couronnés de succès; il parvint d'abord à isoler, puis à cultiver le microbe de la colère.

Cette découverte, minime en apparence, allait avoir des conséquences totalement imprévues. Il en est souvent ainsi des grandes inventions qui, à leur venue au monde, ne semblent pas devoir modifier considérablement les conditions d'existence de l'homme, mais qui bientôt exercent sur la vie sociale une répercussion profonde.

L'iratus bacillus habitait dans l'intestin de l'homme où il provoquait des désordres tels que la constipation. On constata qu'il altérait rapidement le caractère des animaux auxquels on injectait ses cultures. Ils devenaient furieux, et les plus doux, comme le lapin, montraient une férocité inouïe. Yamagato inventa un procédé grâce auquel le bacille put facilement être décelé chez l'homme. Il démontra alors que tous les citoyens ardents à la guerre, tous les belliqueux, tous les violents étaient, à des degrés divers, infectés d'*iratus bacillus*.

Enfin, dernière découverte, il établit que ce bacille ne résiste pas à l'action du Jubol, un spécifique de l'intestin qui avait été composé quelque temps auparavant. L'illustre savant prouva à l'aide de nombreuses expériences sur les animaux, puis sur l'homme, qu'il suffisait de juboliser le sujet pour immédiatement réfréner ses mauvais instincts, faire disparaître sa colère habituelle, et le restituer à son état naturel qui, comme nous l'apprend le vieux Jean-Jacques Rousseau, est la bonté.

Tel est, Mesdames et Messieurs, l'événement historique qui changea la face du monde — bien plus que le sab'e de Cromwell ou la mort de Louis XVI. La France, toujours à la tête du progrès, adopta d'enthousiasme la médication jubolienne. Elle en décréta l'obligation. Ses voisins y recoururent peu à peu. L'empereur Guillaume II fut un des derniers à s'y soumettre, mais il ne put résister au mouvement général. On l'imposa aux peuples balkaniques, qui connurent aussitôt les inestimables bienfaits de la paix.

L'âge d'or s'ouvrait pour l'humanité. Depuis, la paix universelle règne parmi nous. Le Jubol nous est aussi précieux que le pain quotidien.

Dr Lucien Nass.

Les Quatre accouchements d'une chienne

Il y a quelques mois, la maîtresse d'une jolie petite chienne faisait appeler, à neuf heures du soir, le vétérinaire. L'homme de l'art explore la bête, la trouve en travail, veut l'aider, et la tête d'un des petits lui reste entre les mains. Aussitôt il prescrit une ordonnance et s'en va.

La dame, inquiète, fait appeler un autre praticien qui aussitôt enlève le reste du premier petit chien.

Il revient le lendemain matin et enlève un deuxième petit.

Le soir, il enlève un troisième petit ; le surlendemain, quelques débris. Enfin, le troisième jour, il s'aperçoit qu'il y a un quatrième petit et l'arrache avec les fers, ainsi qu'il l'avait fait pour les autres. La pauvre bête meurt comme étaient morts tous ses petits. Peu de jours après la note arrive, note sur laquelle il est compté *quatre accouchements*. Refus de payer. D'où procès.

L'expert commis, un professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, conclut que, la chienne étant dans un état d'infection très avancée, le praticien avait agi avec la plus rigoureuse prudence en espaçant les accouchements et les visites partant, et que la note des honoraires était normale.

Devant le tribunal, la propriétaire de l'animal soutint qu'on ne pouvait cependant pas faire payer *quatre* accouchements pour *une seule accouchée*, mais un seul accouchement au prix fixé par le Syndicat des vétérinaires de la Seine, soit cinquante francs ; mais le tribunal de paix du VIIIe arrondissement n'accepta pas cette façon de voir, et par un jugement il la condamnait au paiement intégral des honoraires réclamés, c'est-à-dire 172 fr. 50 pour quarante-huit heures de soins à une petite chienne bull, en mal de petits.

La Polyarthrite alvéolaire

DEPUIS LE QUATERNAIRE JUSQU'A L'ÉPOQUE ROMAINE

Par M. le Dr Marcel Baudouin (Paris)
Secrétaire général de la Société préhistorique française
Rédacteur en chef de l'*Homme préhistorique*

La *Polyarthrite alvéolaire* est une affection des mâchoires, aujourd'hui bien connue des médecins, et surtout des spécialistes de l'Art dentaire.

Comme elle laisse sur les maxillaires des traces qui sont parfois très intenses et des lésions profondes, il a été possible à des oblervateurs avertis de la diagnostiquer sur de nombreux ossements, trouvés, depuis une dizaine d'années, au cours de diverses fouilles préhistoriques.

Jadis on ne prêtait pas la moindre attention à ces lésions, qui étaient confondues avec les altérations physiologiques, dues à la vieillesse ; et on ne recueillait pas ces pièces dans les Musées ou dans les Laboratoires.

Aujourd'hui que la question des origines de la Pathologie dentaire a pris une importance de premier ordre, qu'elle mérite au demeurant ; que celle de la Carie dentaire peut fournir des résultats précieux, en ce qui concerne la Civilisation des époques passées ; et que les rapports de cette carie avec la Polyarthrite méritent d'être établis, surtout pour les périodes antérieures aux temps présents, il y a un réel intérêt à étudier l'évolution de cette Polyarthrite dans la série des âges, depuis le moment où l'espèce Homme est parue sur la terre, jusqu'au milieu du siècle dernier, époque où Magitot publia les premières descriptions magistrales de cette bizarre maladie.

Or, le hasard veut qu'on ait déjà trouvé des maxillaires atteints, remontant très haut dans la série des temps ! Il ne peut donc qu'être fort utile de les comparer avec des pièces plus modernes.

1. — Paléolithique (Pierre taillée).

L'observation correspondant à la maladie la plus ancienne est celle qui est relative à l'*Homme fossile* dit de *La Chapelle-aux-Saints*, qui remonte au *Paléolithique* moyen et en particulier à l'*Epoque moustérienne* (c'est-à-dire de 20 à 30.000 ans avant J.-C. au moins).

Les pièces sont actuellement déposées au Muséum d'Histoire naturelle de Paris et dépendent du Laboratoire de la Chaire de Paléontologie. Mais le *diagnostic de la lésion* n'a été fait qu'en 1911 par M. le Dr Choquet, professeur à l'Ecole dentaire de Paris. En ce qui me concerne, je l'avais fait dès 1909, au seul examen de la Photographie de la mâchoire inférieure, parue dans le journal l'*Illustration* (20 février 1909).

En réalité, l'étude des os malades a été faite par M. le Dr Choquet, ainsi que l'a indiqué M. le Pr M. Boule, dans une note additionnelle à sa descrition anatomique de l'Homme de la Chapelle-aux-Saints (1).

Cette note est ainsi rédigée :

« M. Choquet, professeur à l'Ecole dentaire, qui a fait l'étude des mâchoires de notre fossile, au point de vue pathologique, y a reconnu des lésions typiques d'un processus, *en tout point semblable* à ceux d'une lésion, qui est actuellement connue, sous le nom de *Gingivite expulsive* ou de *Polyarthrite alvéolo-dentaire*. »

Cette phrase, quoique très claire, n'est d'ailleurs pas très *affirmative* ! Il aurait fallu écrire, en effet, non pas : « *processus en tout point semblable...* » ; mais bien : « C'est le *processus même de la Polyarthrite alvéolodentaire* ! » Ce qui n'est pas du tout la même chose. — En effet, deux processus peuvent être *en tout point semblables*, au point devue *anatomo-pathologique*, et ne pas avoir la même cause étiologique...

En tout cas, à cette époque, M. le Pr Boule n'a pas, personnellement, confirmé, par un mot quelconque, le diagnostic, approché, formulé, ci-dessus.

Dans l'été 1911, M. le Pr Choquet, au cinquième *Congrès international des Dentistes à Berlin*, fit une importante communication sur les Mâchoires de l'Homme de La Chapelle-aux-Saints, comme l'a indiqué, en mars 1912, M. le Pr Boule, dans les termes suivants :

« ... La chute prématurée d'une dent, sous l'influence d'un processus pathologique, qui nous semble en *tout point semblable* à celui qui est connu actuellement sous le nom de Gingivite expulsive ou Polyarthrite alvéolodentaire (1) », a été suivie de phénomènes de résorption du bord alvéolaire »... — Avec en note, ces mots :

« Par J. Choquet — *Communication directe à l'auteur* ; et *Verhandlungen des V. Interna. Zœrtl. Kongress*, Berlin, Bd. I, p. 57-93. »

Comme on le voit, en mars 1912, c'est la répétition des mêmes termes qu'en 1911.

M. le Pr Boule n'est pas encore tout à fait affirmatif !

Le tableau change en juillet 1912 (2). M. Boule aborde carrément le problème et déclare nettement qu'il y a Polyarthrite déformante.

Voici d'ailleurs son texte même :

1° « Celui (l'avéole) de la canine gauche (du maxillaire *supérieur*) est peu profond, *spongieux* : ce qui, d'après M. Choquet, est dû aux *phénomènes d'expulsion* survenus en cours d'*évolution*... Toujours du côté gauche vient ensuite l'alvéole à deux compartiments de la première prémolaire, également profond et *spongieux*... »

2° « A la *Mâchoire inférieure*, du côté droit, au niveau des incisives, de la canine, et de la première prémolaire, les divers alvéoles confluent en de grandes cavités irrégulières, véritables *pertes de substance* résultant d'une suppuration chronique et consécutives à des phénomènes de gingivite expulsive ou polyarthrite alvéolo-dentaire. Cette nécrose a atteint le corps même du maxillaire ».

« L'alvéole de la deuxième prémolaire est beaucoup plus net que les précédents. Toujours d'après M. Choquet, cet alvéole, qui n'a plus sa direction primitive, mais qui est fortement incliné en avant, a renfermé une dent, atteinte de la même maladie que ses voisines. Les arrières-molaires n'ont laissé aucune trace de ce côté ; la crête alvéolaire correspondante est *très déprimée* et *concave*. »

« Du côté gauche, les alvéoles des incisives et de la canine sont bien conservés ; les phénomènes pathologiques sont, ici, peu marqués et ne se traduisent guère que par la profondeur relativement faible aux alvéoles... »

« A partir de la deuxième prémolaire, le maxillaire est résorbé ; la crête alvéolaire est très enfoncée et spongieuse. Mais on reconnaît parfaitement l'emplacement de la troisième arrière-molaire, représenté par un vestige d'alvéole, « à fond et à bords *spongieux*, laissant supposer que la dent qui y était incluse était tombée peu de temps avant la mort de l'individu. » (Cette dernière phrase est entre guillemets, sans doute parce qu'elle est due aussi à M. Choquet).

C'est tout ce que dit M. le Pr Boule — d'après M. Choquet presque toujours — de la maladie, si intéressante, de l'*Homme de La Chapelle-aux-Saints* ! Il est vraiment regrettable que l'éminent paléontologiste n'ait pas décrit, avec plus de détails, ces lésions pathologiques. Aussi sommes-nous obligé de renvoyer le lecteur, désireux de s'instruire davantage, à l'étude même de M. Choquet, que nons n'avons pas pu encore parcourir. Pourtant, tout cela était au moins aussi intéressant que l'étude anatomique proprement dite des Mâchoires !

Quoi qu'il en soit, ces maxillaires paraissent donc atteints de la maladie que l'on connaît actuellement sous le nom de Polyarthrite alvéolaire et qu'on désignait autrefois sous les dénominations d'*Ostéopériostite alvéolaire* ou de *Gingivite expulsive* (Magitot), etc.., comme je l'ai soutenu dans un article récent.

L'examen attentif du moulage que j'ai vu à Genève (1912) n'a pu que me confirmer dans mon diagnostic, établi, il y a plusieurs années déjà, sur la seule photographie à *grande échelle* alors parue.

Pour ne pas compliquer les remarques que j'ai maintenant à faire, à propos de cette affection chez ce sujet, je me bornerai à signaler ce qui existe sur le moulage de la *mandibule*, sans parler des *maxillaires supérieurs* que je n'ai pas pu examiner de près — on sait qu'il n'est pas possible à un profane de manier de telles pièces, même dans un Laboratoire officiel ! — mais qui sont également malades, d'après le texte ci-dessus.

La mandibule de l'Homme de La Chapelle-aux-Saints ne présente *pas trace*, des *cotés gauche* et *droit* — si mes souvenirs visuels sont exacts —, de *molaires*. Toutes ces dents sont *tombées*. Cette chute a eu lieu *très longtemps avant la mort* du sujet, d'ailleurs *âgé*, puisque le bord alvéolaire supérieur du maxillaire est totalement *dépourvu d'alvéoles* et surtout parce que la hauteur de la branche horizontale de cet os, au lieu d'avoir, derrière le trou mentonnier, la même hauteur qu'en avant, est *presque moitié moins haute*. Le bord supérieur est même complètement *arrondi* : ce qui indique une *résorption osseuse considérable dans toute cette région*, alors qu'au niveau de la canine, des incisives et des prémolaires, il n'y a pas la moindre résorption et que les alvéoles sont intacts.

Or, ce caractère est absolument *d'ordre pathologique*. Il n'a aucun rapport avec la *vieillesse* seule, c'est-à-dire avec la chute *spontanée* des dents.

Chez le vieillard, certes, les *molaires* tombent aussi d'arrière en avant ; mais elles ne disparaissent que les unes après les autres, sans régularité et non presque toutes en même temps. D'autre part, en même temps que des molaires s'en vont, des incisives tombent aussi.

Il en résulte qu'il y a des points localisés du rebord alvéolaire qui s'atrophient bien plus rapidement que les autres ; il y a, par suite, si l'on peut ainsi parler, un bord à *dents de scie* et un maxillaire de hauteurs inégales, suivant tel ou tel alvéole considéré. La résorption n'est pas uniforme. Dans la vieillesse, le bord alvéolaire supérieur ne s'égalise donc complètement que très tardivement. D'autre part, ce bord, au lieu d'être *arrondi*, *s'aplatit énormément* : ce qui, à la longue, entraine le fameux *menton de galoche*, bien connu !

(1) M. Boule. — L'Homme fossile de la Chapelle-aux-Saints. — *Ann. de Paléontologie*, 1911, t. VI, fasc. 3-4, p. 19 et p. 127.

(1) *Annales de Paléontologie*, t. VII, fasc. I, mars 1912, p. 99.

(2) *Annales de Paléontologie*, t. VII, juillet 12, fascicule II, p. 102-103.

Résumons-nous, en disant, à nouveau (1), qu'il est impossible de confondre un maxillaire de vieillard, même dont toutes les molaires, grosses et petites, seraient tombées naturellement, par résorption spontanée des racines, avec un maxillaire d'adulte, — fût-ce aussi âgé que celui de l'*Homme de La Chapelle-aux-Saints*, — dont les seules grosses molaires ont disparu, la *branche horizontale* de l'os (2) et la *région mentonnière*, à incisives, canines et prémolaires, ayant l'aspect adulte et la forme normale sur ce squelette !

Ce qui complique le problème chez l'*Homme de La Chapelle-aux-Saints*, c'est que les lésions sont BILATÉRALES et que de ce fait elles ressemblent davantage aux phénomènes normaux de *chute spontanée des molaires* de la vieillesse. Mais, lors de mes premières études sur la *Polyarthrite alvéolaire préhistorique*, je n'étais pas du tout dans des conditions aussi mauvaises ; et c'est ce qui m'a ouvert les yeux sur ce fait !

Il résulte de ce que je viens de dire que le maxillaire inférieur, en particulier, de l'homme de La Chapelle-aux-Saints, est *malade*, et non pas normal. Par conséquent, Il ne doit pas être pris comme type pour la description de cet os chez *Homo neanderthalensis*. Le sujet jeune de La Quina et le fragment d'os d'*adulte* de ce gisement peuvent, seuls, jusqu'à présent, nous renseigner sur la conformation et la puissance de sa mandibule.

Il y avait donc un intérêt scientifique de premier ordre à insister sur cette *Maladie*, en ce qui concerne l'*Homo neanderthalensis*, non seulement au point de vue *pathologique*, mais aussi au point de vue *anatomique* et zoologique.

Il ne faudra pas, surtout, dans l'avenir, essayer, avec cette pièce, de reconstituer la mâchoire normale, car ce serait partir de la Pathologie, c'est-à-dire de l'Anatomie pathologique, pour imaginer une Anatomie normale : opération à laquelle il ne faut se livrer qu'avec les plus grandes réserves !

Le Crâne de La Quina, découvert par M. le Dr Henri Martin (3), se rapportant à un sujet beaucoup plus jeune, avait peu de chances de présenter des lésions analogues. Pourtant, M. le Dr Siffre (de Paris), qui l'a examiné spécialement au point de vue dentaire, a nettement constaté l'existence d'une *Gingivite marginale*, localisée en certains points et due au tartre, surtout abondant au niveau des molaires. Il a, au demeurant, noté qu'on ne voyait « pas trace d'infection plus profonde, ayant donné de la *Polyarthrite de l'alvéole* ».

L'existence de cette gingivite intermolaire a, d'ailleurs, amené le sujet de La Quina à faire *usage d'un Cure-dents* : ce dont on a pu retrouver très nettement la preuve à l'aide des *traces* que cet appareil hygiénique laisse sur les dents (1). Il ne faut pas s'étonner d'une telle coutume, même à une époque aussi lointaine ! En effet, comme je l'ai rappelé (2), aux Indes, le soin des dents est le résultat de *rites religieux*, qui remontent à plus de trois mille ans ; et, à notre époque encore, les Hindous ont l'habitude de nettoyer leurs dents avec de petites *baguettes en bois souple*, provenant de certains arbres, aujourd'hui *sacrés*. On sait, d'ailleurs, que le cure-dents est toujours très employé, de nos jours, chez les nègres d'Afrique. Cet instrument est donc le *premier appareil d'hygiène qui ait été imaginé*, puisqu'il remonte à au moins 30.000 ans !

Toujours à propos de la polyarthrite alvéolaire, il est aussi utile de dire, je crois, sans vouloir faire ici une brève revue des affections des dents aux époques préhistoriques que, jusqu'à présent, il n'existe pas un seul cas authentique de véritable CARIE DENTAIRE pour les hommes de l'époque du *Paléolithique moyen*, c'est-à-dire de la race de Néandertbal, alors que, comme nous l'avons démontré, cette lésion apparaît nettement au *Néolithique*, c'est-à-dire avec l'agriculture, le polissage de la pierre, et surtout la Civilisation, quoique avec une fréquence *dix fois* moindre qu'à l'époque actuelle (3).

Le sujet jeune de La Quina ne présente pas, en effet, la moindre trace de carie ; et l'on peut ajouter que c'est presque le seul qui ait été jusqu'ici bien étudié à ce point de vue. La mandibule d'*adulte* de La Quina n'en présente pas davantage (4). J'ai examiné moi-même les moulages des dents de l'*Homme moustérien de l'île Jersey* ; et je n'y ai pas vu non plus trace de carie (5).

Ce sont là des constatations de capitale importance, car elles montrent que la *Polyarthrite alvéolaire* a pu apparaître, alors que la *Carie* dentaire était encore très rare, si même elle existait ; et la Préhistoire arrive ainsi à prouver — fait vraiment un peu inattendu ! — que ces deux lésions, jadis rapprochées cliniquement, sinon confondues, sont, en réalité, très distinctes et n'ont en somme aucune relation l'une avec l'autre ! — Ce qui, d'ailleurs, semple bien résulter des travaux modernes des stomatologistes sur ces deux maladies.

La *Pathologie dentaire*, ouvrant des horizons presque aussi étendus que l'*Anatomie des Dents fossiles*, au point de vue de l'alimentation et même du fonctionnement cérébral des Hommes préhistoriques, on voit qu'il y avait intérêt puissant à insister sur les constatations précédentes !

II. — NÉOLITHIQUE (Pierre polie).

Récemment, j'ai pu constater un fait analogue, mais plus probant, sur d'autres *os préhistoriques*, moins anciens évidemment (puisqu'ils paraissent *néolithiques*) (1) ; et j'ai publié ces observations, qu'on n'a pas pu encore réfuter, à la *Société d'Anthropologie de Paris*.

En effet, dans le cas observé, qui est aussi relatif à une mâchoire inférieure, trouvée dans une grotte, à Martiel (Aveyron), les lésions étaient les suivantes (*Fig.* 1 et 2.) :

« *Dissemblance des deux moitiés*, quand, par le dehors, on les regarde l'une après l'autre de profil. La moitié *droite* apparaît *élevée*, *trapue*, ramassée et forte, avec une branche verticale assez courte. La moitié *gauche*, au contraire, semble *extrêmement grêle* et légère, la branche verticale ayant d'ailleurs les mêmes caractères qu'à droite (*Fig.* 1).

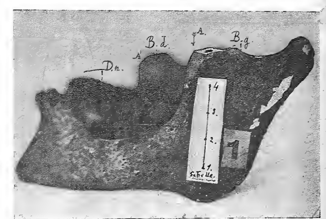


Fig. 1. — MAXILLAIRE INFÉRIEUR d'un sujet NÉOLITHIQUE (Grotte de Martiel, Aveyron), atteint *d'atrophie de la branche gauche*. par POLYARTHRITE ALVÉOLAIRE. — *Echelle* : Grandeur nature : *Légende* : B. d, B; g . Branches *montantes* droite et gauche : — A, *Coronoïde* cassée ; — A', *Coronoïde* normale ; — Dn, *Dents* en place (Cliché de la *Semaine Medicale*.)

« Cette apparence de gracilité localisée n'est que la conséquence d'une *atrophie osseuse*, prononcée, due à la chute, non spontanée, mais *pathologique*, de la deuxième petite molaire gauche et des trois grosses molaires de ce côté. Ces quatre dents inférieures gauches sont tombées ; et il s'est produit, à la longue, à leur niveau, comme d'ordinaire, une très grande résorption de

(1) Marcel BAUDOUIN. — *La Polyarthrite alvéolaire a l'époque paléolithique*. — *Semaine medicale*, Paris, 1912, 23 octobre p. CLXX CLXXI, 2 figures.

(2) On a beaucoup discuté à propos de l'angle que fait la branche montante sur la branche horizontale du maxillaire inférieur. On a voulu y voir un *signe de veillesse*, quand cet angle est plus ouvert, c'est-à-dire *plus grand* que normalement. Et l'on ne manquera pas de se servir de cet argument, dans le cas de l'*Homme de La Chapelle-aux-Saints*, pour avancer que ce sujet est *très vieux*, et que, par suite, la chute de ses molaires n'est que *spontanée* et n'est due qu'à la *veillesse* et non pas à une *maladie* quelconque.

Je répondrai trois choses : 1° d'après mes recherches personnelles, cet angle *ne s'ouvre pas chez tous les veillards* ; 2° d'autre part, quand il s'ouvre chez eux, il ne s'ouvre guère que dans des conditions données (*chute complete* de toutes les dents, *incisives* comme *grosses molaires*) ; 3° il s'ouvre surtout dans des cas *pathologiques* spéciaux et en dehors de la vieillesse.

J'ajouterai, en outre, que si, sur la mandibule de La Chapelle-aux-Saints, cet angle est indiscutablement plus ouvert qu'à l'état ordinaire, cela tient d'abord à la *race* de l'individu ; puis aux changements survenus dans le bord alvéolaire supérieur par suite de *maladie* ; enfin à l'*âge*, évidemment élevé Mais je ferai remarquer de suite que cette inclinaison n'a pas les caractères de celle des octogénaires édentés actuels.

(3) H. MARTIN. — L'Homme fossile moustérien de La Quina (Charente). — *Bull. de la Soc préhistorique française*, séance du 27 juin 1912, p. 489).

(1) A SIFFRE. — Note sur une usure spéciale des molaires du squelette de La Quina. — *Bull de la Soc préhistorique française*, séance du 28 déc. 1911, p. 741.

(2) Marcel BAUDOUIN. — *In* Discussion sur les Usures des dents néolithiques. — *Bull de la Soc. préhistorique française*, séance du 27 juin 1912, p. 387-388.

(3) Marcel BAUDOUIN. — La Sépulture néolithique de Belleville, à Vendrest (S.-et-M.) — Paris, 1911, p. 247.

(4) *Soc. Préh. Franc.* Paris, séance du 28 nov. 1912 (Henri MARTIN).

(5) Marcel BAUDOUIN. — De l'usure des dents de l'homme du Paléolithique inférieur et moyen. — *Arch. provinc. de Chir.*, fév. 1912, p. 65.

(1) Marcel BAUDOUIN. — La Grotte de Jammes à Martiel (Aveyron) ; étude anthropologique et anatomo-pathologique des ossements trouvés (Rapport de mission). — *Bull. et Mém. de la Soc. d'Antropologie de Paris*, séance du 3 déc. 1908.

l'os, qui est *réduit* presque à un *cylindre* » (comme celui de *La Chapelle-aux-Saints*).

On peut, de plus, résumer toutes les lésions dentaires du sujet en question comme suit :

« Chute de toutes les grosses *molaires* de la *moitié gauche* de ladite MACHOIRE INFÉRIEURE, et de la *deuxième petite molaire* (pas de la première) de cette même moitié de mâchoire (rien à *droite*) ; mais avec chute de *toutes les grosses molaires des deux* MAXILLAIRES SUPÉRIEURS » (*Fig.* 2). (Lésions *bilatérales*, très importantes, qui nous ramènent à celles de la mâchoire inférieure de *La Chapelle-aux-Saints*).

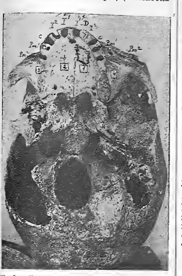


Fig. 2 — MAXILLAIRE SUPÉRIEUR du crâne NÉOLITHIQUE de la Grotte de Martiel (Aveyron). — (Photographie Marcel Baudouin). — Bas du crâne. — *Echelle* : 1/2 grandeur environ. — *Légende* : 1, *Abcès* osseux ; — 2, *Alvéole* malade ; — 3 et 4, grosses *Molaires* disparues (*Atrophie* du rebord alvéolaire par *Polyarthrite*). — G, côté gauche ; D, côté droit. — I. C, Pm, Incisives, Canines et Prémolaires. — (Cliché de la *Semaine Médicale*.)

J'écrivais alors : « Nous sommes en présence ici d'une *Ostéo-périostite alvéolo-dentaire*, qui, de l'avis de Magitot, s'observe de trente à cinquante ans, en première ligne au niveau des *grosses molaires* et des différents côtés de la bouche, et dont la terminaison inévitable est la *perte des dents*, si bien que dès 1861 Marchal de Calvi lui donnait le nom de *Gingivite expulsive*. » Cette chute est, d'ailleurs, la condition *sine qua non* de la guérison du malade ».

Toutefois, l'affection n'atteint jamais la *totalité des dents* (Magitot) ; elle est *localisée* à une *région limitée* (comme la résorption spontanée des racines, mais de façon différente).

Je dois ajouter que, quand cette affection est due au *scorbut*, c'est-à-dire à une alimentation mauvaise, la localisation aux *grosses molaires* est la plus fréquente : ce qui peut avoir son intérêt pour le crâne de La Chapelle-aux-Saints, puisqu'il paraît n'avoir pas été atteint, non plus, au niveau des incisives des *maxillaires supérieurs*, d'après ce que j'ai pu voir.

Dans sa thèse, Le Baron, en 1888 (1), a cité un nombre assez considérable de pièces préhistoriques atteintes : 1° d'*Exostoses* des Maxillaires ; 2° de *Cavités kystiques*, qu'il classe sous l'étiquette de *Kystes de Magitot*. Je crois que la plupart de ces lésions doivent rentrer dans la *Polyarthrite alvéolaire*. Mais, avant de se prononcer, il faudrait reprendre l'étude de tous les os étudiés par Le Baron, à la lumière des doctrines modernes (1).

Je me borne à rappeler que les faits qu'il cite sont relatifs :

a) A des HOMMES DE LA PIERRE POLIE. Allée ouverte de Mantes ; Grottes de Gémenos (Bouches-du-Rhône), de Nogent-les Vierges (Oise) ; Dolmens d'Airolles, etc. (Gard) ; Dolmens de Rodhesia, etc. (Algérie) ; Dolmens de Maintenon (Eure-et-Loir) ; Dolmens de Chaumont (Oise) ; Dolmens de Merruyls (Lozère) ; Tumulus de Liby Ardèche) ; Dolmens de Cheilley (Saône-et-Loire).

b) A des Malades de l'AGE DU FER (et en particulier) à des *Gaulois* ou des *Gallo-romains*. Tumulus de la Combe-la-Boiteuse (Côte-d'Or). Plusieurs Gaulois de la Marne ; Gaulois de Bussy-le-Château. Tumulus de Brêry (Jura), etc.

Il résulte de là que la maladie dont je m'occupe ici était très fréquente dès l'*époque Néolithique*, et, *a fortiori*, pendant l'*Age des Métaux*, comme on va le voir.

Je dois ajouter que, récemment (1913), j'ai trouvé, dans la liste néolythique de Bazoges-en-Dareds (Vendée), qui m'a fourni plus de cent squelettes, un superbe exemple P lyarthrite alvéolaire de la mâchoire inférieure des deux côtés, et ces débris de mandibule, atteint aussi de cette affection, qui, en somme, ne paraît pas très rare à cette époque.

III. — AGE DES MÉTAUX (*Fer*).

Dans une Sépulture, de l'Epoque gallo-romaine, fouillée aux Chaumes, Saint-Hilaire-de-Riez (Vendée), j'ai trouvé certains Crânes, qui m'ont paru être atteints de *Gingivite expulsive* ; mais il m'est impossible d'être absolument affirmatif à ce sujet, pour tous les cas.

En effet, il peut ne s'agir là, pour certains au moins, que de *chute spontanée* et *normale* des dents.

Mais j'insiste sur les crânes suivants : (Crâne n° III (*Femme* C très âgée) ; crâne n° VI (*Femme* âgée) ; crâne n° XII (*Homme* âgé), où la lésion paraît certaine.

CRANE III. — J'ai rattaché à ce crâne un *maxillaire inférieur*, presque entier, ne possédant plus que les incisives, les canines et *Pm2* des deux côtés. Toutes les *grosses molaires* et Pm^2 SONT TOMBÉES DES DEUX CÔTÉS ; et les branches HORIZONTALES sont extrêmement ATROPHIÉES. Poids : 47 gr. seulement ! — Je n'hésite pas à voir là un cas analogue à celui que j'ai décrit pour la grotte de Martiel, (*Fig.* I et 2), c'est-à-dire un fait de GINGIVITE EXPULSIVE. — D'ailleurs les dents persistantes sont presque aussi USÉES que les dents d'un néolithique !

Ici mon diagnostic est tout à fait affirmatif, car je note aussi une *absence totale de dents* au Maxillaire *supérieur* (*Fig.* 3), dont les *alvéoles* se sont toutes *résorbées*, sauf celles de Pm^2 droite et *Pm* gauche (encore ces alvéoles, dont les dents ont disparu depuis quelque temps, sont-ils presque comblés).

CRANE VI. — Pour ce Crâne, au Maxillaire *supérieur*, il ne persiste qu'un seul et unique *alvéole* de molaire (M^1), d'ailleurs un peu atrophié. Tous les autres ont *disparu*, en dehors des Incisives et des Canines (*Fig.* 4). — Donc *Gingivite expulsive* très possible. — Le *Maxillaire inférieur* a perdu M^3 et M^1 à droite, et M^1 à gauche. *Dents très usées* ; atrophie du bord alvéolaire (Fracture récente à gauche, près branche montante). Lésions un peu moins certaines.



Fig. 3. — Crâne n° III des Chaumes, St-Hilaire-de-Riez (Vendée). — ÉPOQUE GALLO-ROMAINE (IIIe d'après J.-C). — *Echelle* : 1/2 grandeur environ. Vue des Maxillaires supérieurs, atteint de POLYARTHRITE DÉFORMANTE. — Ad, Ag, os droit et gauche ; Pm^2, alvéole persistante. (Photogr. Marcel Baudouin).

CRANE XII. — *Crâne d'Homme très âgé*, auquel paraît correspondre un *Maxillaire supérieur* gauche, dont Pm^2, M^1, M^2, M^3 ont disparu (atrophie des alvéoles). *Gingivite expulsive* très probable.

Si les deux derniers faits sont un peu discutables, le premier ne l'est pas du tout ! — Nous retrouvons donc aussi, à l'époque romaine, la Polyarthrite alvéolaire.

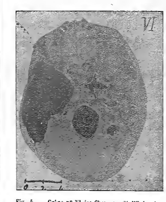


Fig. 4. — Crâne n° VI des Chaumes, St-Hilaire-de-Riez (Vendée). — ÉPOQUE GALLO-ROMAINE. — *Echelle* : 1/3 grandeur environ. — Maxillaires supérieurs, présentant de l'atrophie des bords alvéolaires, indice de POLYARTHRITE ALVÉOLAIRE. — (Phot. Marcel Baudouin (1).

*
* *

CONCLUSIONS. — Il résulte des observations précédentes qu'en réalité on a déjà constaté

(1) LE BARON. — *Lésions osseuses de l'Homme préhistorique*, en France et en Algérie. — Paris, thèse, 1888, in-8°, 118 p. (Voir p. 81-93).

(1) Dans *Æsculape* de juin 1912 (n° 6), on lit (p. 128) : « On peut voir, au Musée Broca plusieurs kystes maxillaires, qui n'ont pas d'autre origine que la *Carie dentaire* ».

Il s'agit là des faits décrits par Le Baron. En réalité, ces prétendus kystes doivent être surtout en rapport avec la *Polyarthrite alvéolaire*, maladie qui n'a aucun rapport avec la *Carie dentaire*, comme je l'ai dit plus haut.

(1) Cliché du *Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France*.

l'existence de la *Polyarthrite alvéolaire* depuis les époques les plus reculées jusqu'au début de la période préhistorique en France, et même sur les squelettes les plus *anciens* que l'on connaisse... Ce fait, étonnant, était, impossible à prévoir !

Et je ne doute pas que, quand on examinera, comme il convient, les ossements, si nombreux, que l'on possède des époques *Mérovingienne, Carolingienne*, etc., on ne retrouve encore là les traces de cette affection, presqu'aussi vieille — on peut le dire aujourd'hui — que l'Homme lui-même, même NON CIVILISÉ !

Ce n'est donc pas cette *Civilisation*, tant critiquée et accusée de tant de méfaits, qu'il faut mettre ici en cause, puisque l'*Homme Moustérien* ne semble pas avoir vécu en bandes vraiment organisées socialement (Il est vrai qu'on est assez *mal renseigné* à ce sujet...)

Quoi qu'il en soit, il est bien extraordinaire que cette maladie semble jusqu'à présent réservée à l'Homme, car je ne crois pas qu'on ait publié des cas pour les Animaux, et qu'elle apparaisse *dès le début de l'Humanité*, à l'époque où l'espèce Homme était encore à peine différenciée.

S'il en est ainsi, c'est le cas de répéter la phrase que j'ai déjà écrite ailleurs : « *Dis-moi de quoi tu souffres; et je te dirai qui tu es!* » Aphorisme trivial, qui ne fait que traduire une Loi de Pathologie générale bien connue.

Tout cela, philosophiquement parlant, est de capitale importance, car il semble bien en résulter que l'Homme de l'Epoque du Moustier n'est qu'une variété primitive de l'Homme actuel, et non pas le représentant d'une Espèce spéciale d'Homme à jamais disparue, l'*Homo neanderthalensis*, comme on se plaît à le redire de nos jours au Muséum et ailleurs !

Si, à chaque jour suffit sa peine, à chaque espèce animale correspond donc une Pathologie, aussi précieuse à connaître et à définir que son Anatomie !

La PRÉHISTOIRE — comme l'*Histoire* ! — sera donc *Médicale* ; ou elle ne sera pas !

L'ÉLABORATION AZOTÉE

ET LES

Coefficients urologiques dans le Cancer

Par MM. PIERRE DELBET
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
A. DESGREZ
Professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Paris
F. CAIUS et BL. GUENDE

M. DESGREZ présente les résultats obtenus dans l'étude urologique d'une vingtaine de cas de cancer intéressant les organes les plus différents (parotide, œsophage, langue, plancher de la bouche, estomac, sein, utérus, vulve, pancréas et muscles de la cuisse). On retrouve toujours l'exagération de l'histolyse qui a déjà été indiquée par quelques chercheurs, en particulier par Fr. Müller. Dans la plupart des cas de cancer non ulcérés et en mettant à part l'influence qui pourrait être attribuée à l'inanition, on constate un excès de l'azote éliminé sur l'azote ingéré. Cette prépondérance semble être proportionnelle à la gravité de la tumeur. Pour apprécier la qualité de la désassimilation, nous avons établi quelques rapports qui s'accordent pour montrer que le travail de la désintégration est très imparfait. Le coefficient azoturique dont la valeur normale moyenne est, comme l'on sait, de 0.84, est tombé chez nos malades jusqu'à 0.72. La moyenne de nos déterminations donne 0.76. Comme A. Robin, nous avons vu ce rapport tomber encore davantage au moment de la cachexie.

Nous avons cherché une confirmation de ce résultat dans la détermination de deux autres rapports auxquels on doit, selon nous attribuer une grande importance : le rapport de l'urée aux substances totales et la molécule élaborée moyenne. Le premier de ces rapports est tombé de 0.53 à 0.35, en moyenne, soit de 34 p. 100 ; il est donc beaucoup plus abaissé que le coefficient azoturique, ce qui permet d'inférer que l'indosé organique du cancéreux doit renfermer une quantité importante de substances ternaires ou de substances de poids moléculaire élevé et pauvres en azote. Quant à la molécule élaborée moyenne, nous l'avons trouvée exagérée dans tous les cas. On sait que sa valeur normale est de 75. Dans nos déterminations, elle a varié de 78 à 124.

Ayant ainsi établi que la désassimilation azotée aboutit, pour une part importante, à des substances mal élaborées, nous avons recherché quelles pouvaient être ces substances. Le plus souvent l'acide urique est inférieur à la dose normale, mais les autres composés xanthiques sont très supérieurs. Brandenburg, qui avait déjà fait cette constatation, l'utilisait pour le diagnostic du cancer. Blumenthal pense qu'il faut attribuer ce fait à l'influence de l'inanition.

Nous ne partageons pas cette manière de voir, sans réserves, car nous avons trouvé les bases xanthiques exagérées, en dehors de l'influence de l'inanition. Une constatation qui devrait suivre la précédente serait celle d'une augmentation de l'acide phosphorique éliminé.

Chose intéressante, on ne l'observe généralement pas. L'augmentation des composés xanthiques ne s'accompagne pas de phosphaturie. Il est probable que le phosphore est souvent retenu par la tumeur, comme A. Robin l'a observé pour le cancer du foie.

Nous avons trouvé l'azote ammoniacal augmenté dans tous les cas, sauf un. Quant au rapport du soufre à l'azote, nous l'avons trouvé 8 fois sur 22 supérieur à la normale. Après nombre d'auteurs, nous avons constaté, dans tous les cas, une forte exagération de l'indican urinaire.

Pour ce qui regarde les matières minérales, le coefficient de Robin, s'est trouvé 7 fois sur 15 supérieur à la normale. Contrairement à nombre d'auteurs, nous avons le plus souvent constaté une augmentation du rapport des chlorures à l'urée. Ce rapport ne diminue que dans les cas très avancés. L'albumine, mais surtout les albumoses ont été trouvées dans la plupart des cas.

Comme conséquence de l'exagération de l'histolyse, mais de la diminution de sa qualité, on constate une augmentation de la toxicité des urines d'autant plus grande que la tumeur est plus grave.

En somme, on peut dire que le cancéreux présente une exagération de l'histolyse, comme quantité, mais une forte diminution comme qualité. On constate le plus souvent : la présence d'albumoses, une forte augmentation de l'indican, du rapport des chlorures à l'urée et de l'élimination des bases xanthiques. Point, d'un intérêt spécial, on n'observe pas une augmentation parallèle des acides urique et phosphorique. Il faut ajouter un accroissement de la toxicité urinaire, conséquence fatale d'une élaboration très imparfaite de la matière azotée.

La Médication azoturique

LA THÉRAPEUTIQUE PATHOGÉNIQUE de l'Urémie

L'urémie ainsi appelée par Piorry en 1847, est le terme classique par lequel on désigne le syndrome dominant toute la pathologie rénale, le syndrome d'auto-intoxication par insuffisance de dépuration urinaire.

Qu'on ait affaire à la grande urémie ou à la petite urémie de Dieulafoy ; que les accidents soient d'ordre digestif, respiratoire ou cérébral, on observe toujours dans l'urine une diminution de l'urée et des autres principes azotés moins oxydés qu'elle, tandis que les autres liquides hématiques ou tissulaires de l'organisme en renferment au contraire un excès. Ce qui revient à dire que l'urine est hypotoxique tandis que le sérum est hypertoxique ; que les rôles sont renversés en un mot, ainsi que l'ont bien établi les travaux de Bouchard et de son élève Charrin sur les poisons de l'organisme.

Or, les récentes recherches de l'Ecole Française ont eu précisément pour but de faire la dissociation du vaste syndrome urémique, en montrant qu'il y a peut-être autant de formes d'urémie que de toxines retenues dans le sérum ; et la complexité pathogénique concorde bien avec la complexité des accidents qui constituent les différentes formes cliniques de l'urémie.

Il est bien entendu qu'on doit entendre le mot urémie dans le sens d'azotémie, comme l'a montré Widal, c'est-à-dire, que l'augmentation du taux d'urée traduit surtout l'augmentation des autres principes azotés, ses satellites, moins avancés qu'elle dans l'échelle des oxydations, et partant plus toxiques. Le dédoublement hydrolytique des albumines donne en effet, par une sorte de clivage de leur molécule, des fragments constitués surtout par des acides monoaminés : leucine, tyrosine, alamine et diaminés : lysine, argimine, histidine, sans parler du carbonate d'ammoniaque et des nombreux autres corps que l'organisme normal doit oxyder complètement en urée.

Les différents symptômes de l'urémie traduisent précisément les efforts de l'organisme pour se débarrasser des poisons azotés qui l'encombrent et diminuent la capacité respiratoire du sang ainsi que l'activité métabolique des tissus. L'urée n'encombre pas que le sang et le liquide céphalorachidien : on la retrouve en abondance dans les liquides diarrhéiques et sialorrhéiques ainsi que dans ceux des vomissements. Bien plus, elle va jusqu'à former sur la peau le givre d'urée si caractéristique. Ainsi donc les symptômes de l'intoxication urémique sont en réalité des processus de défense de l'organisme.

Avant de dire quelle est la thérapeutique logique qui s'écoule de cette conception nouvelle de l'urémie, passons brièvement en revue les thérapeutiques les plus employées. C'est tout d'abord la saignée, très efficace, car on a calculé que 32 grammes de sang contiennent 0 gr. 50 d'extractifs, mais dont l'emploi ne peut pas être indéfini. Elle est bien supérieure en tous cas au lavage du sang de Sahli qui peut déterminer l'anurie. Puis ce sont les purgatifs, mais leur action est limitée, car il faut 280 grammes de liquide diarrhéique pour renfermer les extractifs de 32 grammes de sang. Plus limitée encore est l'action des sudorifiques. car il ne faut pas moins de 100 litres de sueur pour équivaloir à 32 grammes de sang. Est-ce donc que les

bains d'air chaud de Carrieu soient inefficaces? Bien au contraire; mais ils demandent à être maniés avec prudence et agissent dans le même sens que les inhalations d'oxygène, c'est-à-dire qu'ils contribuent moins à l'élimination sudorale des toxines qu'à l'activation des combustions interstitielles par excitation vasculo-nerveuse de la peau.

Restent les diurétiques dont l'emploi est forcément limité par l'état du cœur qu'il ne faut pas forcer, car l'obstacle est souvent au cœur autant qu'au rein; à tel point qu'Achard et Fiessinger ont stimulé la diurèse dans de nombreux cas en faisant au contraire la cure de réduction des liquides, c'est-à-dire en allégeant le travail du cœur.

Le traitement moderne des accidents urémiques, tel qu'il découle de la conception nouvelle de leur patbogénie, doit donc consister dans la réduction des apports toxiques, ce qui est affaire de thérapeutique et nous occupera spécialement. Disons tout de suite que cette élimination sera autant une infiltration d'urée à travers le filtre rénal déjà insuffisant qu'une élimination des produits sous-azotés du milieu sanguin lui-même qui normalement ne doit être qu'un lieu de passage pour les toxines venant des tissus, au lieu d'être, comme dans l'urémie, leur lieu de séjour.

Or la thérapeutique anti-goutteuse s'est complètement transformée depuis la découverte de l'urodonal. Ce sel s'est montré un dissolvant énergique de l'acide urique et un éliminateur de l'urée. Il était donc logique d'essayer son rôle possible sur les produits azotés, sous-oxydés qui accompagnent l'urée dans le sérum des urémiques et sont les principaux facteurs de la toxicité de ce dernier.

Avant de faire cet essai clinique, on s'est assuré par l'injection intraveineuse chez le chien, de l'effet de l'urodonal. Il ramène la pression artérielle à la normale, l'abaissant lorsqu'elle est exagérée par l'évacuation de l'acide urique qui est la cause principale de l'hypertension et augmentant la tension chez les hypotendus en facilitant le travail du cœur.

Ceci établi, rien ne s'opposait à l'expérimentation clinique de l'urodonal. Dans plusieurs cas, conformément aux prévisions théoriques, la médication azoturique par l'urodonal a rapidement amélioré, en effet, l'état des malades, en les désintoxiquant. Nous ne citerons qu'un cas spécialement étudié par les moyens de laboratoire; c'est un malade, dont le sérum qui tuait au début à 25 cc. par kilogr., ne tuait plus au bout de trois jours de traitement par l'urodonal qu'à 35 cc. par kilogr., c'est-à-dire que sa toxicité avait considérablement diminué. Parallèlement les accidents urémiques s'étaient amendés et l'état général amélioré.

Ces essais thérapeutiques actuellement en cours, et particulièrement encourageants, nous ont paru valoir la peine d'être cités. Et d'autant plus que la cure d'urodonal se combine fort bien à la cure de réduction des liquides : celle-ci soulageant le travail du cœur, tandis que celle-là supplée au travail déficient du rein, en facilitant l'élimination des toxines de l'organisme.

Disons tout de suite que cette médication par l'urodonal d'une maladie essentiellement chronique comme l'urémie, causée par l'insuffisance d'oxydation de la matière azotée, à la suite de la rétention d'urée dans le sérum et par l'insuffisance d'excrétion de l'urée, nous apparait ainsi comme la thérapeutique logique de l'urémie et peut être considérée comme la médication d'avenir de cette redoutable affection.

J. L. CHATELAIN.

La Question de " l'Euthanasie "

Posée à diverses reprises au cours de ces derniers mois, d'abord en Amérique et plus récemment en Allemagne, la question de l'euthanasie a donné lieu dans les publics médicaux et extra-médicaux à des discussions passionnées.

Celles-ci du reste, ne sont point seulement demeurées dans le domaine de la pure théorie. Certains esprits audacieux ont pensé que la question était assez importante pour mériter d'être réglée par des textes de loi et le congrès de Washington fut ainsi, le premier, convié à légiférer sur la matière.

L'audace américaine recula et le projet de loi fut enterré.

Malgré cet insuccès, les partisans de l'euthanasie n'ont point désarmé. Repoussés en Amérique, ils essaient de vaincre en Europe. Et c'est ainsi que le parlement allemand, à son tour, s'est trouvé dernièrement saisi d'un projet de loi établi par les sociétés monistes d'Outre-Rhin et dont voici les principales dispositions :

1° Toute personne atteinte de maladie incurable a le droit à l'euthanasie;

2° Le tribunal du ressort recevra la demande du malade et délivrera ce droit;

3° Une commission médicale, à la requête du tribunal, examinera le malade. Sur la demande de celui-ci, d'autres médecins pourront assister à la consultation. L'examen devra être fait dans les huit jours qui suivent l'introduction de la requête;

4° Le procès-verbal de l'examen dira si, d'après la conviction des experts médecins, la mort est plus probable que le retour à la santé ou tout au moins à un état permettant l'aptitude au travail;

5° Si l'examen établit la grande probabilité d'une issue mortelle, le tribunal accorde au malade le droit à l'euthanasie. Dans le cas contraire, la demande est repoussée;

6° Lorsqu'un malade est tué sans douleur, sur sa demande formelle et catégorique, l'auteur de la mort ne peut être poursuivi si le malade a obtenu le droit à l'euthanasie et si l'autopsie établit qu'il était incurable;

7° Quiconque tue un malade sans la volonté formelle et expresse de celui-ci est puni de réclusion;

8° Les paragraphes de 1 à 7 peuvent, le cas échéant, être appliqués aux valétudinaires et aux infirmes.

Encore qu'un pareil projet ait vraiment bien peu de chance d'être jamais accueilli avec faveur par le législateur d'aucun pays civilisé, du fait qu'il puisse être proposé, découle cette conséquence qu'il peut être de réel intérêt de le voir discuter par les personnalités les plus compétentes à en juger, en l'espèce par les médecins et les légistes.

Aussi n'y a-t-il point lieu d'être surpris qu'un journal de la grande presse quotidienne, l'*Eclair*, ait soumis à ses lecteurs médicaux la question de savoir si « comme bommes de science ils font une différence entre l'euthanasie et le suicide ».

De nombreuses lettres sont arrivées à notre confrère et toutes indistinctement, ont été d'accord à réprouver l'euthanasie.

Le docteur Variot, médecin des hôpitaux écrit :

Le rôle du médecin, à mon avis, consiste essentiellement à conserver, à défendre ou à prolonger la vie humaine.

Si un malade, même incurable, veut mettre fin à ses jours, personne ne peut l'en empêcher; mais ce n'est pas à son médecin de l'y aider.

Docteur G. VARIOT.

Le docteur Cabanès exprime une même opinion :

Je suis nettement d'avis que les médecins doivent refuser ce dangereux présent, ce privilège peu enviable : le droit de vie et de mort! Tout être qui veut se débarrasser de la vie, comme d'un fardeau trop lourd ou trop douloureux, n'a qu'à la terminer lui-même. Nous ne devons, en aucune manière, lui prêter notre concours, tout désintéressé soit-il. Quant à nous en imposer l'obligation légale — voyez la déclaration obligatoire...

Cordialement

Docteur CABANÈS.

Notre directeur, M. le Dr Lucien-Graux, ne voit lui aussi que des inconvénients graves à l'euthanasie dont l'application ne lui paraît pas devoir être jamais permise par la loi.

La théorie de l'euthanasie n'est pas nouvelle. L'Association médicale de New-York s'est prononcée, il y a quelques années, à la majorité de ses membres, en faveur de l'application de la mort aux malades incurables.

Je pourrais également vous citer des médecins américains qui ont mis en pratique la théorie de l'euthanasie. Le docteur Walter Kempstock, de Milwaukee, déclarait, il y a plusieurs années :

« Durant ma pratique, je pris sur moi la responsabilité de mettre fin aux souffrances d'une pauvre femme, épouse d'un colonel de l'armée, qui, dans un accès mélancolique, essaya de se suicider. Elle mit sur son lit tout ce qu'elle put trouver dans sa chambre, y mit le feu et se coucha dessus. Elle fut secourue trop tard. Le médecin qui la visitait me demanda en consultation. Elle était horrible à voir et était littéralement rôtie vivante.

« — Que voulez-vous faire, me dit le confrère?

« — Je pense que le meilleur est de lui faire une injection de morphine, répondis-je.

« — C'est aussi mon avis, répliqua le confrère; et il se mit en devoir de lui injecter un centigramme de morphine.

« — Mettez-en davantage, lui dis-je.

« — Je n'aime pas prendre pareille responsabilité, fut sa réponse.

« — Donnez-moi la seringue, alors.

« Je lui injectai trente centigrammes et je la soulageai pour toujours de ses souffrances épouvantables. »

Mais nous sommes aux Etats-Unis.

Pour moi, je suis persuadé qu'en France il y aura très peu de partisans de l'euthanasie. Je ne crois pas qu'elle ait été mise en pratique et je suis opposé à son application qui ne sera d'ailleurs jamais autorisée par la loi et qui entraînerait fatalement des abus et surtout des suspicions et des accusations sans nombre.

Dr LUCIEN-GRAUX,
Lauréat de l'Institut,
Directeur de la *Gazette Médicale de Paris*.

L'euthanasie ne saurait être œuvre française estime le docteur Raymond :

Divinum est sedare dolorem, ai-je appris, jadis, sur les bancs de l'école. Laissons donc au parlement allemand le soin d'en juger autrement et de faire jouer par des médecins, s'il s'en trouve, la panne de l'assassinat. Je le regrette pour l'euthanasie; le mot est joli, si vilaine est la chose.

Docteur Paul RAYMOND.

Tous nos sentiments s'y opposent, déclare le docteur Laurent :

Je doute que la doctrine de l'euthanasie trouve beaucoup d'adhérents parmi les médecins français, lesquels se distinguent à la fois par un grand bon sens et par le sentiment de la noblesse de leur mission.

D'abord le médecin est-il toujours absolument certain de la nature exacte du mal réputé incurable?

En second lieu, ne peut-il pas arriver que, dans un délai peut-être assez proche, ce mal jusqu'ici incurable bénéficie d'un traitement nouveau, curatif ou au moins palliatif?

Enfin, et surtout, il faut supposer, pour appliquer la doctrine de l'euthanasie, un malade dénué de principes religieux. Or, qui peut affirmer que ce malade ne viendra pas ou ne reviendra pas à des croyances religieuses?

Docteur A. LAURENT,
Médecin de l'Hôpital Civil de Versailles.

Quant au docteur Georges Lévy, assurément plus catégorique, il estime que si les médecins repoussent l'euthanasie, c'est pour ainsi dire par acte réflexe. En réalité, la pratique de l'en-

thanasie lui paraît presque acceptable et il estime même que la plupart des médecins, sinon tous, l'exercent à l'occasion, quoique inconsciemment peut-être :

Pourquoi se récrier ? Les médecins pratiquent tous les jours l'euthanasie, et, parmi eux, vos correspondants mêmes qui prétendent que tuer n'est pas le devoir du médecin mais bien prolonger la vie et calmer les souffrances. Que faisons-nous donc lorsque nous pratiquons des injections de morphine chez un malade dûment perdu? Nous calmons ses souffrances, mais nous raccourcissons sa vie : nous pratiquons, lentement, l'*euthanasie*.

Les erreurs de diagnostic et de pronostic sont possibles et tous les médecins en connaissent des exemples. Mais si nous faisons entrer ces erreurs en ligne de compte, la discussion est par trop facile; nous devons donc supposer les cas, relativement rares, où l'erreur est impossible, tuberculose bien prouvée à la période asphyxiante, par exemple. Dans un cas semblable, qu'est-ce qui nous empêche d'appliquer l'euthanasie brusque au malheureux qui nous supplie d'abréger ses souffrances? Est-ce la non existence de ce cocasse tribunal allemand ou d'une loi permettant de tuer? Mais se trouverait-il un juge pour poursuivre et condamner le médecin de mon exemple? Un médecin serait-il assez lâche pour ne pas remplir dans de si terribles circonstances, ce qu'il croirait son devoir, par crainte d'un Perrin Dandin à court de causes sérieuses?

Il ne s'agit donc pas de savoir si le rôle ordinaire du médecin est de prolonger la vie ; il ne s'agit pas de savoir si l'on doit faire des lois pour donner des règles à la conscience du médecin, si l'on doit créer un tribunal dont l'usage serait, d'ailleurs, impraticable. Il s'agit d'une véritable inhibition, d'une opposition de notre conscience, qu'elle soit naturelle ou qu'elle soit le fruit d'une éducation séculaire, à donner la mort à autrui on à nous-même (opposition d'ailleurs trop souvent étouffée : par la folie homicide ou suicide, par l'usage de toxique comme le haschich du Vieux de la Montagne ou l'alcool, par tous les sophismes des conquérants, etc.). C'est cette opposition presque invincible qui fa sait repousser la mort par le Bûcheron ou le Malheureux du fabuliste, qui empêche l'agonisant d'absorber en une fois le sirop calmant où les granulés que nous laissons souvent à dessein, auprès de son lit, qui nous fait demander par la famille éplorée non pas de tuer l'infortuné, mais « Pourquoi n'avez-vous pas le droit d'abréger ses souffrances? » et qui ne permet au médecin de donner à son malade l'*euthanasie* qu'à doses lentes.

Docteur Georges LÉVY.

L'euthanasie, on le voit, tout en étant de façon générale unanimement condamnée, ne l'est cependant pas également par tous.

Rien de moins surprenant, la question étant de celles qui donnent matière à philosopher.

Aussi, nous paraît-il intéressant et utile, continuant ce qui fut si bien commencé par le quotidien l'*Eclair*, de demander à nos lecteurs de nous envoyer leur avis motivé sur la question, avis que nous aurons plaisir à publier et que tous nous aurons avantage à lire et à rapprocher de ceux déjà exprimés.

Dans les problèmes qui touchent à la conscience humaine, l'on ne saurait en effet, si l'on veut jamais essayer de les résoudre, grouper trop d'opinions, recueillir trop de sentiments.

REVUE DE CHIRURGIE

Traitement curatif des ankyloses par la méthode sanglante

Par M. le Docteur BAUMGARTNER

On doit considérer comme *traitement curatif* d'une ankylose celui-là seul qui rend à une articulation immobile sa mobilité. En conséquence, il faut éliminer de cette étude les néarthroses para-articulaires qui, laissant intacte l'articulation ankylosée, rétablissent les mouvements par une nouvelle articulation à distance. Ce sont les travaux d'Ollier sur les résections qui mirent en route le traitement curatif des ankyloses. Verneuil, en 1863, proposa le premier les interpositions musculaires ; Tuffier, en 1901, fit la première tentative de transplantation d'un cartilage détaché ; Lexer, en 1908, appliqua avec succès chez l'homme la greffe totale d'une articulation.

I. — *Méthodes thérapeutiques.*

Les différentes opérations, destinées à la cure radicale et sanglante des ankyloses, peuvent être rangées en cinq groupes. On range dans le premier *les interpositions de corps étrangers*,

Soit anorganiques (argent, or, étain, etc.) ;
Soit organiques (caoutchouc, baudruche) ;
Soit résorbables (ivoire, os décalcifié.

Les interpositions de corps étrangers non résorbables présentent de graves inconvénients (fragmentation des corps, altération des corps, intolérance assez rapide et élimination après suppuration). Elles sont presque abandonnées. Les interpositions de corps résorbables n'ont donné également que de médiocres résultats fonctionnels, elles n'ont pas été poursuivies.

Le deuxième groupe comprend les *interpositions de parties molles à lambeaux pédiculés* (muscle, tendon, aponévrose, cartilage). L'interposition musculaire a fait l'objet de nombreux travaux et essais ; les résultats obtenus ont prouvé que, après résection, le muscle empêche la soudure des fragments et maintient une nouvelle cavité articulaire, siège de mouvements. Malheureusement elle est inapplicable dans certaines articulations, comme le poignet ou les doigts, où le tissu musculaire manque pour l'interposition. Il faut alors choisir autre chose. Gluck a essayé avec bons résultats l'interposition d'un lambeau pédiculé de peau, mais, en règle générale, cette interposition est dangereuse à cause de la désinfection toujours sujette à caution de la peau, et du rejet fatal dans l'article de débris épidermiques. Quénu a utilisé alors les interpositions tendineuses, elles encourent les mêmes reproches que les interpositions musculaires. Murphy leur a préféré les lambeaux pédiculés fibro-graisseux, ils ont donné des résultats fort satisfaisants à la hanche et au genou.

En regard de ces interpositions de lambeaux pédiculés, ont été essayées les *interpositions de lambeaux libres de tissus vivants ou conservés* (troisième groupe), véritables transplantations de tissus simples (séreuse, graisse, aponévrose, périoste, cartilage). Les transplantations d'aponévrose sont rejetées par Kirschner, Putti les admet au contraire. Hoffmann a eu les meilleurs résultats avec les transplantations de périoste, il est le seul. On note généralement, sinon la réankylose, du moins l'infection post-opératoire. Von Hacker et Lexer ont expérimenté les transplantations de séreuses (péritoine, sac herniaire, paroi d'hydrocèle) ; Schmerz celle de membrane amniotique. Mais ce sont les transplantations de cartilage qui marquent le début du traitement des ankyloses par les greffes articulaires, ou greffe du cartilage sur les extrémités osseuses à l'intérieur même des articulations. On a utilisé d'abord le cartilage de la même articulation : c'est la réfection chondroplastique de l'articulation de Tuffier, l'autogreffe du cartilage diarthrodial. Mais ces autogreffes immédiates étant d'un emploi fatalement très restreint, on a essayé de remplacer le cartilage d'une articulation par un autre cartilage également diarthrodial, pris sur une autre articulation, mais les résultats ont été mauvais : réankylose plus ou moins précoce.

C'est ainsi qu'on a été amené aux *greffes articulaires* (quatrième groupe) qui comprennent les greffes semi-articulaires, les greffes d'articulations sans capsule ni synoviale, les greffes d'articulations totales. On discute depuis plusieurs années pour savoir si le greffon reste vivant, faisant partie intime du nouvel organisme, ou bien s'il se résorbe à la longue pour être remplacé par un bloc articulaire nouveau, ou bien s'il n'est qu'un corps étranger en état de tolérance aseptique. Les derniers travaux semblent prouver que le greffon reste vivant et que la transplantation articulaire est bien une véritable greffe (Ducuing). Kuttner et Tuffier n'attachent que peu d'intérêt à cette question, les résultats fonctionnels sont plus intéressants. Les greffes articulaires faites dans le but de guérir une ankylose sont au nombre de 8. Lexer a greffé, dans 2 cas, une articulation sans capsule ni synoviale, les résultats ont été bons, mais lents et pénibles. Deux greffes d'articulation totales (Lexer et Vaughan) ont donné de mauvais résultats (fistule, suppuration, élimination). Les quatre autres greffes totales ont donné : deux des résultats inconnus, une un excellent résultat, une un échec complet.

Avant les procédés d'interposition, on traitait les ankyloses par les *résections* (5ᵉ groupe), soit résection simple, articulaire ou semi-articulaire, soit résection avec luxation temporaire des os, soit arthrolyse.

Toutes ont donné, en de nombreuses mains, de très bons résultats, mais aussi des échecs et des récidives tardives après une mobilité post-opératoire qui semblait satisfaisante. Ce que l'on peut dire, c'est que la tendance actuelle générale est de substituer de plus en plus aux résections étendues les résections économiques et l'arthrolyse.

II. — *Choix d'une méthode thérapeutique.*

Les interpositions de corps étrangers sont abandonnées ; les transplantations de tissus simples ne sont pas fort recommandables ; les greffes articulaires, malgré les bons résultats de Lexer, sont encore bien aléatoires et, du reste, non indispensables. Il semble donc, à l'heure actuelle, qu'il faille donner la préférence aux résections économiques ou aux arthrolyses avec excision capsulaire et interposition de muscle si possible (celles-ci ont fait aujourd'hui leurs preuves dans de très nombreux cas), sinon d'aponévrose doublée de graisse, le tout par lambeaux pédiculés. Dans les cas où les lambeaux pédiculés seraient impossibles, on recourerait à la transplantation de périoste détaché du tibia du malade lui-même, ou à la greffe de cartilage. Ce cartilage sera pris sur l'articulation ankylosée même, dans le cas où une partie de la surface articulaire n'aura pas subi d'altération, ou emprunté à une articulation du même sujet (os du pied, péroné), ou bien sera recueilli sur un autre individu, immédiatement après l'amputation d'un membre traumatisé, ou après une opération articulaire, chez un sujet parfaitement sain.

III. — *Indications opératoires.*

Mais il est à la cure radicale et sanglante des ankyloses des indications et des contre-indications tirées :

a) De l'âge du sujet ; la cure radicale est indiquée entre dix-huit et trente ans, quarante ans au maximum, parce qu'après cet âge les interpositions perdent leurs avantages. Chez

les enfants pas de résections étendues à cause du cartilage de conjugaison, une simple section de l'ankylose avec interposition, et encore avec prudence ;

b) De l'état général du malade ; n'opérer que les malades sans maladie en évolution, sans infection d'aucune sorte ; n'opérer que les malades à bon état mental, qui veulent guérir, et se méfier des accidentés du travail qui peuvent avoir intérêt à prolonger la durée de leur infirmité ;

c) De la profession du malade ; au membre supérieur surtout, telle ankylose peut être considérée comme vicieuse ou, au contraire, comme en bonne position, suivant l'usage que le malade veut faire de son membre ;

d) De la nature de l'ankylose ; il y a des ankyloses qui ne se reproduisent pour ainsi dire jamais et il y en a d'autres qui, au contraire, récidivent malgré les résections les plus larges et les soins consécutifs les mieux dirigés. Les ankyloses blennorragiques, les arthrites aiguës suppurées sont très difficiles à guérir à cause des lésions péri-articulaires ; les ankyloses post-opératoires, au contraire, donnent souvent de bons résultats, et le pronostic de la cure radicale dépend bien plus souvent de la cause de l'ankylose que de la nature du procédé opératoire ;

e) De l'état de l'articulation ankylosée (os, cartilages, ligaments, atrophies musculaires, rétractions cicatricielles des tendons). D'où l'importance de la radiographie, de l'examen électrique et du massage avant l'intervention. En tous cas, ne jamais intervenir avant l'extinction complète du processus pathologique qui a amené l'ankylose ; c'est là un point capital. Un an entre la dernière manifestation aiguë et l'opération n'est pas un trop long espace de temps, les opérations précoces exposent à la réankylose et sont inutiles ;

f) De la position du membre ankylosé ; à la mâchoire, à la hanche (ankylose bilatérale) l'ankylose est toujours vicieuse, donc toujours intervenir. Seul le mode opératoire est à débattre. Au membre supérieur, à moins de contre-indication absolue tirée de causes locales ou générales, chercher toujours à établir la mobilité, quelle que soit la position du membre, la mise en pratique des opérations économiques a permis d'étendre l'opération à des cas plus limités. Au membre inférieur, jusqu'à ces dernières années, on redressait l'ankylose vicieuse et on considérait l'ankylose en rectitude comme un *noli me tangere*. A l'heure actuelle, on respecte encore les ankyloses solides, non douloureuses et en bonne position, mais on opère les ankyloses vicieuses, parce que les opérations économiques, même si la réankylose se produit, redressent le membre. Avec les progrès du traitement chirurgical des ankyloses, on peut espérer qu'un jour viendra où tout malade atteint d'ankylose pourra espérer le retour aux mouvements normaux de son articulation malade au moyen d'une intervention chirurgicale.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Ménorragies et troubles de coagulation sanguine

Par M. le Docteur P. EMILE-WEIL,
Médecin des Hôpitaux

J'ai montré qu'il existait des troubles de coagulation du sang dans les hémorragies profuses, qui surviennent au cours de la vie génitale de la femme. Ces troubles sont surtout marqués dans les ménorragies de la puberté, plus graves que celles de l'adulte ou de la ménopause. On pouvait d'ailleurs prévoir l'existence de ces lésions sanguines, étant donné que ces ménorragies se développent sur un terrain héréditaire spécial, que des hémorragies diverses les précèdent habituellement, enfin qu'elles font partie en quelque sorte d'un état hémorragipare. Or, on sait que les états hémorragipares s'accompagnent constamment d'altérations du sang.

Je voudrais aujourd'hui rapporter un fait tout différent, qui me paraît avoir une importance plus générale. Il montre l'existence de lésions sanguines au cours de ménorragies isolées, considérables et persistantes, lésions sanguines, qui ne peuvent pas ne pas jouer un rôle dans leur production.

H..., âgée de 41 ans, est examinée le 3 novembre 1910.

Son père est mort asthmatique (?), à 59 ans. Sa mère est morte à 52 ans, peu de temps après le décès d'un fils, qui succomba à l'âge de 31 ans de tuberculose pulmonaire.

Elle avait eu sept enfants. Ses règles étaient paraît-il fortes, mais on ne signale aucun antécédent hémorragipare dans la famille.

H..., n'a jamais fait de grande maladie, même dans l'enfance ; elle n'a cependant jamais joui d'une brillante santé, elle a toujours été faible et anémique, depuis l'arrivée des règles.

Les règles ont paru à l'âge de 12 ans ; elles furent dès le début fortes, longues et revenaient en avance.

Il n'y a eu ni grossesse ni fausse couche.

Les règles reviennent régulièrement tous les quinze jours et durent chaque fois huit jours. La malade ne se rappelle pas d'avoir été deux semaines tranquille.

La malade est une grande nerveuse, vive, impressionnable, sans crises convulsives, elle est douée d'une grande activité et travaille beaucoup, mais se sent constamment fatiguée.

L'examen des différents viscères ne laisse rien constater d'anormal.

Le poumon est sain et il n'y a jamais eu de symptômes ni d'accidents pulmonaires. Rien au cœur.

Le tube digestif fonctionne de façon paresseuse ; langue légèrement blanche ; appétit irrégulier, digestions lentes, constipation, entérite muco-membraneuse.

Le foie ne se sent pas à la palpation. Pas d'ictère ni de coliques hépatiques. Le teint est cependant brouillé et grisâtre.

On ne trouve dans les urines ni sucre ni albumine.

L'examen de l'appareil génital ne m'a rien révélé d'anormal. Auparavant, M. Labadie-Lagrave l'avait déclaré sain.

La malade pèse toute habillée 54 kilogrammes, et vu sa taille, (1m66), peut être considérée comme maigre.

Examen du sang. — Numération des hématies : 4.120.000. Hémoglobine (Gowers) : 80.

Le sang veineux coagule *in vitro* en une demi-heure, sans sédimentation notable. La rétraction se fait normalement, il n'y pas d'émiettement secondaire du caillot. Le sérum est très jaune.

Le temps de saignement n'a pas été recherché.

Une injection de sérum sanguin (20 c. c.) n'a pas modifié les règles. Un traitement thyroïdien, donné à des doses très faibles (25 milligrammes par jour pendant la semaine intercalaire des règles) a été mal supporté.

La malade d'ailleurs suit mal les conseils, et ne consent pas à se reposer, à se soigner.

Il s'agit d'une femme qui, pendant près de trente ans, présenta des troubles de menstruation et dont les règles, excessives de fréquence et de durée, reviennent périodiquement deux fois par mois, en se prolongeant chaque fois une semaine. Chez cette femme, dont les règles, occupent la moitié de l'existence, on ne trouve aucune cause locale explicative : ovaires, trompes, utérus sont sains. A un examen rapide, on ne trouve non plus aucune cause générale ; tous les viscères sont normaux et la malade n'a fait aucune maladie sérieuse ; ses antécédents personnels et héréditaires sont nets. C'est alors que l'examen du sang pratiqué me révèle, outre une certaine anémie, un retard notable de la coagulation du sang veineux (30 minutes). A elle seule, cette anomalie sanguine permet d'incriminer le foie ; d'ailleurs, la malade est une cholémique, comme le prouve son teint brouillé et grisâtre, sa constipation, son entérite muco-membraneuse, enfin la couleur jaune foncé de son sérum. Divers symptômes cliniques permettent également de penser à une activité excessive et déviée du corps thyroïde.

En somme, cette femme est une fausse utérine, dont les ménorragies relèvent de troubles dysendocriniques divers. Les faits semblables sont biens connus, surtout après les travaux d'Albert Robin et de P. Dalché ; mais si on sait que de telles ménorragies peuvent résulter de troubles hépatiques ou thyroïdiens, le mécanisme de leur production est inconnu. L'existence de lésions sanguines, que j'ai pu mettre en évidence, est le chaînon intermédiaire entre l'hémorragie utérine et le trouble hépatique. Le retard du sang à former un caillot explique la durée excessive et l'intensité anormale de l'hémorragie menstruelle. Par contre, la répétition bimensuelle des règles relève d'autres facteurs, plus difficiles à déterminer, de troubles ovariens ou thyroïdiens probablement.

La seule conclusion que je veuille tirer du fait présent est la suivante : c'est que des ménorragies isolées peuvent relever ; non de lésions locales, mais de troubles généraux dyscrasiques, sanguins ou glandulaires. Jusqu'ici, j'ai toujours pu faire la preuve de la participation hépatique, que celle-ci soit primitive ou secondaire.

C'est par l'examen du sang, par la recherche du temps de saignement qu'il est indispensable de toujours pratiquer en des cas semblables, qu'on pourra mettre en évidence la part des troubles généraux dans la genèse des ménorragies et métrorragies. Cette part peut, en effet, être importante, expliquer seulement son intensité, sa fréquence, sa durée excessive, si une lésion utérine, tubaire ou ovarienne existe. Dans chaque cas, il importe d'en préciser la valeur, pour faire un traitement utile, s'adressant physiologiquement aux divers facteurs hémorragipares.

Le thérapeute devra, en des temps successifs, tenter d'abord la correction des troubles sanguins, pour arrêter l'hémorragie et diminuer l'intensité de ses reprises, en recourant aux méthodes coagulantes (sérums sanguins, peptone, etc.) ; régulariser ensuite la venue et la durée des règles, en prescrivant des cures opothérapiques diverses et traiter l'anémie consécutive aux pertes par les médications toniques (1). S'il y a lieu, au cas où existeraient des lésions locales de l'appareil utéro-ovarien, il faudrait s'occuper enfin d'y opposer le traitement chirurgical approprié (2).

REVUE DE PARASITOLOGIE

Sur un nouveau cas de présence de l'Hymenolepis Nana chez l'enfant.

par M. le Docteur BROQUIN-LACOMBE de Troyes

Vers la fin du mois de juillet dernier, un enfant de 6 à 7 ans nous était adressé pour douleurs

(1) Ainsi que l'indique fort justement M. le Dr P.-Emile Weil, deux indications essentielles sont à remplir pour traiter des malades de cette nature : traitement opothérapique, à la fois hypotenseur et favorisant la coagulation du sang et traitement contre l'anémie

Pour répondre à cette double indication la médecine est aujourd'hui merveilleusement armée, grâce à la fandorine dont les qualités hypotensives et régularisatrices des écoulements utérins sont désormais parfaitement établies, et grâce au globéol qui, renfermant l'extrait total du globule sanguin débarrassé de son enveloppe, se trouve posséder, en raison des cyto stimulines et des cyto-poïétines qu'il renferme, une merveilleuse action reconstituante qui se traduit par un relèvement rapide des forces et la disparition de l'anémie.

(2) J'ai exposé dans les grandes lignes ces différentes étapes du traitement dans une communication. « Les hémorragies supplémentaires et complémentaires des règles et des règles déviées ». *Bul. Soc. méd. Hôp.*, déc. 1912.

ntestinales remontant à 5 mois environ. L'amaigrissement était manifeste, en même temps survenaient quelques symptômes d'anémie et deux fois l'enfant éprouva de légères convulsions épileptiformes.

L'insuccès d'un premier traitement nous amena à faire l'examen microscopique des fèces de cet enfant, examen qui ne révéla rien de sérieux quant aux débris alimentaires, sauf la présence de quelques grains d'amidon non digérés. Nombreuses, au contraire, étaient les cellules épithéliales cylindriques rejetées par les selles. Enfin la présence de cristaux de Charcot-Leyden nous fit soupçonner l'existence de parasites que nous n'avions pas décelés jusqu'alors. Nous ne tardâmes pas en effet à reconnaître l'existence de ces derniers dont 9 furent isolés dans 43 grammes de fèces.

Ces parasites se présentaient sous la forme de petits ténias longs de 15 millimètres en moyenne sur 0 mm. 5 de large et étaient constitués par un grand nombre d'anneaux. La tête était surmontée d'un rostre rétractile armé d'une vingtaine de crochets formant une seule couronne. Ces parasites appartenaient donc à l'espèce *hymenolepis nana*.

Ce genre de parasitisme humain en France venait à peine de faire son apparition, puisque MM. Chatin et Garin avaient communiqué les 3 premiers cas observés le 2 avril précédent, à la Société nationale de Médecine de Lyon.

D'autre part nous eûmes la curiosité, sachant que les rongeurs sont très souvent porteurs de parasites semblables, de rechercher leur présence chez des souris dans le local habité par cet enfant. Deux souris sacrifiées se montrèrent toutes deux atteintes de parasites qu'aucun caractère ne nous permit de différencier de ceux observés dans les fèces de l'enfant. Nous croyons devoir même ajouter à ce propos que l'hymenolepis murina et l'hymenolepis nana nous semblent parfaitement identiques.

Dire le processus par lequel l'enfant fut parasité est plus délicat. Cependant il ne nous paraît pas impossible de supposer, en raison du non besoin d'hôte intermédiaire pour ce parasite, que cet enfant aie pu manger des aliments souillés par des matières fécales de souris (1). Il convient aussi d'ajouter que nous avons trouvé des hymenolepis chez cet enfant seulement, tandis qu'étaient indemnes le père, la mère et un autre enfant de 5 ans.

Le traitement du petit malade fut des plus simples. Le thymol étant considéré actuellement comme un ténifuge des plus fidèles il était tout naturel de l'employer. Il fut administré de la manière suivante : diète la veille au soir ; le lendemain matin 3 cachets de thymol de 0 gr. 40 pris à une heure d'intervalle, puis, une heure après le dernier cachet, une purgation de 20 grammes de sulfate de soude. Le malade eut 3 gardes-robes qui expulsèrent de nombreux hymenolepis ; tous sans doute, y comprises les larves, car depuis, cet enfant n'a présenté aucun des symptômes auxquels nous faisions allusion au début de cette note ; l'augmentation de poids fut de 1.450 grammes durant le mois d'août. Il est permis d'espérer que cette guérison sera définitive, malheureusement nous ne pourrons plus la contrôler puisque cette famille misérable est partie sans adresse connue, depuis 15 jours.

(1) *Soc. de chir. de Marseille.*

L'HÉMOGLOBINURIE PAROXYSTIQUE

Fréquemment héréditaire et familiale, l'hémoglobinurie paroxystique, qui consiste dans un syndrome caractérisé par la présence de l'hémoglobine en dissolution dans l'urine, se rencontre de façon à peu près constante chez les sujets touchés par la syphilis, acquise ou héréditaire. Elle se manifeste aussi parfois chez des sujets touchés par le paludisme ou à la suite d'une affection infectieuse.

La maladie frappe plus habituellement les hommes entre 20 et 40 ans d'âge.

Le froid semble exercer une influence toute spéciale sur la production des accès. Ceux-ci, en effet, surviennent presque toujours au cours de la saison d'hiver, d'ordinaire à la suite d'un refroidissement, ou encore après un surmenage, physique, une fatigue exceptionnelle, une marche forcée, un traumatisme intéressant la région lombaire, etc.

Le sujet est alors pris d'un frisson intense accompagné d'une vive lassitude et de douleurs du rachis. Le visage est pâle, les lèvres sont cyanosées et le corps paraît froid, bien que la température atteigne 39° 5.

Une fois le malade couché, les symptômes qu'il présente ne tardent par à s'amender. Le visage s'anime et bientôt il ne se plaint plus que de lassitude et de courbature. En même temps, les urines, qui étaient primitivement peu abondantes et de couleur caractéristique, ne tardent pas à s'éclaircir et à devenir plus abondantes. Enfin, le plus communément, une sudation copieuse marque la fin de l'accès qui parfois, dans les cas violents, s'accompagne d'urticaire, d'œdème aigu de la peau, de purpura, de gangrènes partielles, de gonflements de la rate et du foie, de teinte subictérique.

Le traitement de l'accès hémoglobinurique comporte diverses indications.

Au moment de l'accès :

1° Repos au lit et à la chaleur. Durant tout le temps de l'accès, régime lacté strict. Suppression complète des pratiques hydrothérapiques et notamment des douches et des bains froids.

2° Instituer sans retard le traitement spécifique qui devra être poursuivi après l'accès.

3° Ne pas recourir aux médications hémostatiques habituelles telles que l'adrénaline, l'ergotine ou le chlorure de calcium. Ces médicaments, en pareil cas, demeurent en effet inactifs.

On se trouvera bien, en revanche, de recourir aux injections de sérum anti-sensibilisateur obtenu d'après les indications de Widal et Rostaine (sérum de cheval préparé par l'injection intra-péritonéale de sérum humain récolté au cours de saignées thérapeutiques ou provenant de sang placentaire. On sait que le sérum de cheval ainsi sensibilisé n'est plus susceptible d'influencer les hématies du sang de l'homme).

En l'absence de sérum anti-sensibilisateur, on pourra injecter du sérum normal frais (sérum humain ou sérum de cheval) ou encore du sérum anti-diphtérique.

Les injections, quelque soit le sérum utilisé, seront de 20 à 40 centimètres cubes en injections sous-cutanées. Dans le cas d'injection intraveineuse, les doses doivent être réduites de moitié.

L'accès terminé, la thérapeutique aura pour objet de lutter contre l'anémie, de favoriser la rénovation sanguine et de prévenir de nouveaux paroxysmes.

Le régime sera réglé de la façon suivante :

1° Eviter les fatigues et les refroidissements. L'hiver, vivre autant que possible dans un pays de climat doux ;

2° Eviter avec soin les aliments riches en oxalates (oseille, haricots verts, cacao), ceux renfermant en abondance des purines et des composés xantho-uriques gélatines, abats, charcuterie aliments fermentés, etc., ceux enfin susceptibles d'irriter le rein (épices, asperges, café, thé, bière, etc).

A la fin de chaque repas, prendre un verre d'eau additionné d'une cuillerée à café d'urodonal ;

3° Pour lutter contre l'anémie on prescrira quinze jours par mois la préparation suivante :

Métavanadate de soude	0.02 c. c.
Arséniate de soude	0.03 c. c.
Elixir de Garus	50 gr.
Eau distillée ..... Q. s. p.	300 c. c.

Une cuillerée à soupe avant le déjeuner et le dîner.

De plus on ordonnera, à prendre de façon ininterrompue, au milieu de chaque repas, deux pilules de globéol, dont on connait l'action reconstituante ;

4° Enfin, il importe d'instituer la médication spécifique.

S'il s'agit de syphilis, ce qui est le cas le plus fréquent, on aura recours à la médication classique conduite avec modération.

Injections quotidiennes, durant dix jours de un à deux centigrammes de benzote de mercure, puis repos d'au moins trois semaines, durant lesquelles on prescrira au malade :

Iodure de potassium	20 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	60 gr.
Eau distillée ..... Q. s. p.	300 c. c.

Prendre la première semaine deux cuillérées à soupe par jour, puis trois la seconde et quatre la troisième.

La médication mercurielle est reprise ensuite comme la première fois, et suivie à son tour d'un nouveau traitement par l'iodure, etc.

Quand le paludisme est à la base de l'hémoglobinurie paroxystique, on aura les meilleurs résultats en prescrivant au lieu et place du traitement précédent, la cure par la filudine, deux comprimés au début de chaque repas.

Ce dernier traitement doit être continué toute l'année en prenant soin de prescrire au malade un repos de dix jours chaque mois.

CARNET DU PRATICIEN

Pansement des ulcères variqueux

Utiliser la pommade suivante :

Nitrate d'argent	0 gr. 50
Beaume du Pérou	2 gr. 50
Vaseline q. s. p. faire	15 —

S'il se produit une irritation locale, on panse avec une pâte à l'oxyde de zinc.

Fièvre de digestion chez les enfants

Régime sévère. Pas de viande faisandée, de vin, de sauces épicées. Prescrire pain grillé, panades, soupes épaissies, légumes secs, œufs, lait, fruits cuits.

Si l'enfant a la langue saburrale, lui faire prendre un quart d'heure avant chaque repas, deux comprimés de sinubérase délités dans une petite quantité d'eau sucrée.

Continuer cette médication jusqu'à rétablissement parfait de toutes les fonctions

Le formol contre la tuberculose laryngée

Badigeonner le larynx tuberculeux avec la solution de Meyer :

Formaline	50 grammes
Acide lactique	10 —
Glycérine	4 —
Eau	20 —

Avoir soin que les tampons imbibés ne laissent pas couler un excès de liquide.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 40 000 exemplaires
Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau
L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE

Les Perfectionnements des Appareils de Prothèse

La nouvelle Jambe artificielle " NATURA "

La fabrication des membres artificiels soulèvent on le conçoit, de nombreuses difficultés et jusqu'à ces dernières années, les divers modèles en usage étaient loin de donner satisfaction aux ampntés.

Si une jambe artificielle est légère, elle manque de solidité, si elle est robuste, elle est trop lourde ou alors l'équilibre n'est pas assuré, la marche normale est rendue impossible, le plus souvent, par suite de complications inutiles introduites dans la construction de l'appareil.

Enfin, le mode d'adaptation de la jambe artificielle au moignon a été l'objet de nombreuses recherches.



Un membre artificiel ne doit pas seulement être établi dans le but de dissimuler une mutilation, il doit être imaginé et étudié pour remplacer dans la plus forte mesure possible le « travail » fourni, naguère par le membre sain lui-même.

La nouvelle jambe artificielle « Natura » (brevet G. Bos et L. Puel) a été créée avec cette triple préoccupation de réaliser un appareil 1° solide, 2° léger, 3° bien adapté au moignon.

Pour obtenir une prothèse solide mais légère, les inventeurs se servent de montants métalliques en acier puddlé et forgé suivant une formule spéciale et qui leur est personnelle.

Quant aux cuissards et aux molletières, ils les moulent en « fibre laquée Natura », nouvelle matière très légère, très résistante, imputrescible et indéformable qui remplace avantageusement le bois, trop lourd ou le cuir, trop peu résistant, employés jusqu'ici.

Cette « Fibre laquée Natura » possède en outre l'avantage d'être facilement malléable pendant sa préparation, ce qui leur permet de mouler des cuissards et des molletières d'un aspect anatomique parfait et rigoureusement identique au membre correspondant non amputé.

Cette matière prend de plus en plus de consistance et de sûreté au fur et à mesure de l'usage, de sorte que loin de se déformer, ces pièces accessoires acquièrent une résistance d'autant plus grande qu'il y a plus longtemps qu'elles sont en service.

De plus pour assurer « l'articulation du genou la jambe « Natura » est munie selon les cas d'un « verrou bilatéral » ou d'un « verrou automatique » (nouveaux modèles brevetés).

Dans le cas d'amputation de la cuisse la rigidité de l'articulation du genou pendant la marche est obtenue simultanément sur les deux montants ce qui augmente de 50 0/0 la stabilité et la solidité de l'appareil.

Dans certains cas d'amputation de la cuisse, la perfection de la jambe « Natura » est telle qu'elle permet aux amputés — fait nouveau jusqu'ici — de marcher en articulation libre, c'est-à-dire *en pliant le genou.*

La jambe « Natura » permet une marche facile, souple et assurée. Ajoutons que son mécanisme est absolument silencieux et que son aspect, toutes fermures dissimulées, présente l'aspect même d'un membre vivant. Sa nuance est celle de la chair.

Elle est enfin imputrescible, d'une solidité à toute épreuve, trois fois plus durable à l'usage que les modèles ordinaires. Elle présente donc toutes les qualités de la jambe artificielle parfaite, aussi a-t-elle reçu la haute approbation de la plupart des membres du Corps médical ainsi que de nombreux chirurgiens qui en préconisent l'usage d'une façon absolue car sa supériorité sur tous les modèles connus est maintenant indiscutable.

Le grand succès de la jambe artificielle « Natura » de création relativement récente a amené ses inventeurs à pousser plus loin leurs recherches sur les membres artificiels et ils viennent également de créer une série de bras artificiels « Natura » basés sur les mêmes principes et qui sont appelés au même succès.

La brochure illustrée contenant la description des appareils artificiels « Natura » est adressée franco sur demande ainsi que tous renseignements par leurs inventeurs, MM. G. Bos et L. Puel, orthopédistes des Etablissements Claverie, 234, faubourg Saint-Martin, Paris.

ÉCHOS

Le Ministère et son programme

DoUmergue
Bienvenu-MaRtin
NOulens
RaynauD
MOnis
MagiNot
AjAm
Lebrun

CaiLLaux
ViviAni
DaVid
JacquiEr

MaLvy
MEtin

Renoult
PerEt
RadicalIsme
RépublicaiN

L'enseignement de l'hydrologie à Toulouse.

L'université de Toulouse vient d'inaugurer un nouvel enseignement avec l'institut d'hydrologie créé par son conseil en juillet dernier. Voici en quels termes M. Lapie, directeur de l'Université de Toulouse vient de préciser l'objet de cette création :

« L'institut d'hydrologie est appelé à rendre de grands services, surtout dans notre région, si riche en stations thermales. L'objet que nous nous proposons, c'est de former d'excellents médecins de villes d'eaux, de leur donner les connaissances théoriques et pratiques qui les prépareront à leur carrière spéciale. Les sources médicinales sont non seulement pour la région pyrénéenne, mais aussi pour le Plateau-Central, dont la ville de Toulouse n'est pas éloignée, une richesse importante, et dont l'exploitation méthodique n'est pas encore suffisamment assurée. D'après les hommes compétents, nos sources, plus variées et plus actives que celles de l'Allemagne et d'Autriche, attirent moins de malades, parce qu'elles sont moins étudiées, moins scientifiquement utilisées. Nous voudrions combler cette lacune et rendre service au pays, en accroissant le rendement économique des stations thermales. D'autre part, leurs eaux, dans notre nouvel institut, seront l'objet d'études intéressantes au point de vue géologique et physico-chimique, aussi bien qu'au point de vue thérapeutique.

» Pour que cette institution devienne prospère, il faudra que nous obtenions le concours des villes intéressées. Il faudra aussi que les jeunes médecins qui se proposent de faire leur carrière dans les villes d'eaux, ou d'y séjourner chaque année pendant l'été, apprennent à connaître le chemin de notre institut et viennent passer chez nous un semestre. Ils pourront profiter à Toulouse des leçons d'un des maîtres de l'hydrologie française, le professeur Garrigou, auteur de travaux remarquables sur la présence des métaux dans les eaux médicinales. Autour de lui s'est formée une école de jeunes savants spécialisés dans cette étude. Ils ne demandent qu'à faire à leur tour des élèves. »

Les cours du nouvel institut sont confiés aux professeurs Garrigou, directeur ; Aloy, Marie, Baylac, professeurs à la faculté de médecine, Timbal, professeur à l'école pratique de droit. Les assistants sont MM. Régis, ingénieur civil des mines, les docteurs Rabont, Boyer et Couzefeyte, Escande, professeur à la faculté de médecine.

Des excursions seront organisées pour permettre d'étudier sur le terrain l'hydro-géologie, le captage des sources, les aménagements thermaux, etc. Les cours, conférences et travaux pratiques viennent de commencer et seront continués jusqu'an 1er mai prochain, date à laquelle s'ouvrira la session des examens en vue de l'obtention du « certificat d'études hydrologiques ».

Célibataires et Nourrissons.

Une curieuse mesure vient d'être prise par le conseil municipal de Memphis, dans le Tennessee. A Memphis, les célibataires de plus de vingt et un ans qui se trouveront dans les rues après neuf heures du soir, ou qui accompagneront une femme mariée au théâtre ou dans quelque autre lieu d'amusement devront être porteurs d'une sorte de « licence de célibataire ». Le prix de ce document a été fixé à 25 francs qui sont versés à un fonds spécial destiné à l'achat de lait et d'aliments pour les nourrissons pauvres, au cours des mois d'été.

Les célibataires de Memphis tentèrent tout d'abord de résister à l'édit municipal, mais une amende s'élevant au double de la taxe les amena promptement à résipiscence. Les sommes perçues uniquement pendant les mois d'été, sont suffisantes pour couvrir les frais d'un hôpital où plus de cent nourrissons sont traités gratuitement.

Les crimes et délits commis en 1911.

Le ministre de la Justice vient d'adresser au président de la République le compte général de la justice criminelle en France et en Algérie pendant l'année 1911. Nous en extrayons les indications suivantes sur le mouvement de la criminalité dans notre pays :

Il est parvenu en 1911 aux parquets 591.141 procès-verbaux, plaintes et dénonciations, soit 44.130 ou 8 0/0 de plus qu'en 1910.

De ces 591.141 affaires, 58.557 ont été communiquées à des juges d'instruction, 146.951 ont été portées directement à l'audience criminelle, 48.913 ont été renvoyées devant d'autres juridictions, 329.443 ont été classées sans suite.

Ainsi, plus de la moitié des affaires parvenues au ministère public sont restés impoursuivies : d'après les procès-verbaux les faits restés impunis semblaient constituer des crimes dans 12.738 cas et des délits dans 316.705 ; mais il faut observer que 115.108 d'entre eux n'étaient pas prévus par les lois pénales. Quoi qu'il en soit, il faut retenir que sur les autres affaires, 102.325, soit 32 0/0, ont été abandonnées parce que les auteurs des crimes ou des délits n'ont pu être découverts ; 45.445 (14 0/0), parce que les infractions constatées n'offraient aucune gravité et n'intéressaient pas essentiellement l'ordre public ; 51.662 parce que les charges relevées contre les inculpés désignés étaient insuffisantes ; enfin, 14.903 (4 0/0) pour des motifs divers.

On doit remarquer que *le nombre réel des crimes et des délits dont les auteurs restent inconnus devient de plus en plus considérable* : 100.484 en 1908, 97.446 en 1909, 97.186 en 1910 et 102.325 en 1911. Le chiffre moyen annuel de la période quinquennale 1901-1905 avait été de 99.984.

Les formalités exigées pour l'exercice de la médecine en Suède par les étrangers.

Une autorisation spéciale du Gouvernement est nécessaire pour subir des examens et exercer la profession médicale en Suède.

Les Français titulaires d'un diplôme de docteur en médecine en France peuvent, après avoir obtenu l'autorisation du gouvernement suédois, se faire inscrire directement dans une faculté de médecine sans avoir à passer en Suède l'examen du baccalauréat. Ils peuvent être dispensés du stage spécial dans les cliniques universitaires, formalité exigée en vue de passer l'examen dit de « candidat en médecine » (quatre à cinq ans après le baccalauréat).

Ils doivent accomplir le stage prescrit dans les hôpitaux suédois en vue de la licence en médecine ; tout en jouissant de certaines facilités qui peuvent être accordées par le chancelier des universités.

Les cours et les examens ont lieu en langue suédoise.

Après avoir passé l'examen de la licence, l'intéressé doit s'adresser à la Direction royale de médecine afin d'obtenir la patente nécessaire pour exercer la médecine en Suède.

Avant d'exercer, il doit se faire naturaliser Suédois.

Combien de temps vivent les bêtes..

On est en général assez mal fixé sur ce point, mais voici ce qu'en pensent les plus notoires naturalistes :

Crocodile, 200 à 250 ans ; éléphant de 150 à 200 ans ; carpe, de 100 à 150 ans ; aigle, 100 ans ; cygne ; 100 ans ; corbeau, 100 ans ; rhinocéros, 60 ans ; lion, 60 ans ; perroquet, 50 à 80 ans ; chameau, 50 ans ; brochet, 40 à 50 ans ; vautour, 40 ans ; taureau, 30 ans ; cerf, 30 ans ; âne, 25 à 30 ans ; cheval, 25 ans ; chardonneret, 25 ans ; pinson, 20 à 25 ans ; porc, 20 ans ; bœuf, 18 à 20 ans ; chat, 18 ans ; rossignol, 16 ans ; alouette, 18 ans ; renard, 15 ans ; linotte, 15 ans ; brebis, 12 ans ; chèvre, 10 ans ; moineau 10 ans ; poule 10 ans ; lapin, 8 ans ; lièvre, 7 ans ; écureuil, 7 ans ; araignée, 7 ans ; abeille, 1 an.

La moyenne de la vie de l'homme est, paraît-il, 33 ans ; nous nous classons donc entre le vautour le taureau et le cerf, pas loin de l'âne...

Reste à savoir, à présent, si ces chiffres sont basés sur des statistiques bien précises ?

Il est permis d'en douter ! Mais, qu'importe...

Médecin aveugle

En ces dernières années, un aveugle de naissance passait avec succès non seulement sa thèse de doctorat ès lettres, mais encore les difficiles épreuves de l'agrégation.

Si les aveugles, habiles dans les arts manuels, souvent musiciens émérites, ont donné ainsi des preuves de leur vive intelligence, on n'avait cependant jamais vu des aveugles médecins.

La *Chronique médicale* rapporte qu'à l'hôpital des tuberculeux de Dunning, dans l'Illinois, se trouve, en qualité d'assistant, un médecin, le Dr Jacob-W. Bolotin, qui est aveugle. Il a passé l'examen d'Etat de médecine et de chirurgie et a obtenu, en outre, un diplôme spécial de gymnastique scientifique.

84e Année (Série XIIIe) — N° 229 — Le Numéro : 25 Centimes — Mercredi 24 Décembre 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Editions Espagnole, Portugaise et Italienne 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

CHANTEMESSE, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
LANDOUZY, Doyen de la Faculté, Prof. de Clinique Médicale, Membre de l'Académie de Médecine
RECLUS, Professeur de Clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de Médecine
RICHET, Professeur de Physiologie à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
ALBERT ROBIN, Professeur de Clinique Thérapeutique, Membre de l'Académie de Médecine
BALZER, Médecin de l'Hôpital St-Louis, Membre de l'Acad. de Médecine
BAZY, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon, Membre de l'Acad. de Médecine
BEURNIER, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
DESGREZ, Professeur de Chimie Médicale à la Faculté de Médecine
SEBILEAU, Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière, Membre de l'Académie de Méd.
YAQUEZ, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
CHASSEYANT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
MARIE, Médecin en chef de l'Hospice de Villejuif
MONPROFIT, Professeur à l'Ecole de Médecine d'Angers

DIRECTEUR
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut
Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Exposition Bruxelles 1910
Vice-Prés. de cl. Expos. Gand 1913
Ancienne *Gazette de Santé*
(140e Année)

Sommaire du Numéro du 24 Décembre 1913

ÉCHOS

Nos amis.

Parmi les lauréats dont le nom a été proclamé au cours de la séance publique annuelle de l'Académie de médecine, nous sommes heureux de relever les noms d'un certain nombre de nos amis :

Ce sont MM. les Drs Brunel de Serbonnes et Paul Braun, qui ont obtenu des encouragements de 700 et de 300 fr. sur les fonds du prix François-Joseph Audiffred ; M. le professeur Em. Perrot, qui a reçu, en collaboration avec M. le Dr Vogt, le prix Desportes pour ses belles recherches sur les poisons de Flèches et les poisons d'épreuve ; MM. les Drs Laussedat (de Royat) et G. Bardet, directeur du Laboratoire d'Hydrologie générale du Collège de France, à qui ont été attribués, pour le service des eaux minérales, une médaille d'or et un rappel de médaille d'or.

La *Gazette médicale de Paris* est particulièrement heureuse d'adresser toutes ses affectueuses et très vives félicitations à ses éminents amis.

Le cœur de Rachel

Rachel, la très intéressante pièce de M. Grillet, a remis à l'ordre du jour tout ce qui touche à cette grande tragédienne. Or, dans sa Chronique théâtrale du *Temps* M. Adolphe Brisson cite les lignes suivantes écrites par le docteur Czernicki par qui Rachel fut soignée à la fin sa vie : « Rachel possédait la dangereuse faculté d'arrêter les battements de son cœur comme on retient sa respiration. Lorsqu'elle jouait *Adrienne Lecouvreur*, elle tombait réellement en syncope. De là ses triomphes qu'elle a payés de sa vie. Cet acte antiphysiologique répété entraîna des lésions définitives. »

Nous ne reproduisons à notre tour ce passage qu'à titre d'actualité... rétrospective, l'impossibilité matérielle de contrôler le fait étant évidente.

Croix-Rouge française.

Dans sa dernière séance, le Conseil d'administration de l'Association des Dames françaises (Croix-Rouge française) a élu présidente Mme Ernest Carnot, en remplacement de Mme l'amirale Jaurès, démissionnaire et nommée à l'unanimité présidente honoraire.

Enquête de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

La Statistique Sociale

Dans nos numéros des 10 juillet, 5 novembre, 3 et 10 décembre 1913, nous avons commencé la publication des documents que nous avons recueillis sur la question si importante de la statistique sociale, question posée naguère par M. André Gent devant le Conseil municipal de Paris.

Nons continuons aujourd'hui à présenter au public les réponses qui nous sont adressées, réponses dont le grand intérêt ne saurait échapper à personne.

Prague, le 30 octobre 1913.

Monsieur le Directeur de la *Gazette Médicale de Paris.*

A votre demande estimée, j'ai l'honneur de vous communiquer que la statistique sociale n'est pas encore organisée chez nous en service indépendant, elle n'est pas enregistrée à part dans nos publications statistiques.

Cependant, je réponds à quelques questions relatives aux données publiées en notre Annuaire statistique de la capitale royale de Prague et des communes unies de Karlin, de Smichov, de Kralovské, Vinohrady, de Vroovice et de Zizkov pour l'année 1911.

Le chômage n'est pas enregistré à part dans nos annuaires statistiques. Il se rapproche un peu du tableau n° 177, p. 322 : Salaires et conditions de travail auprès des corporations professionnelles, d'après la colonne : En quels mois il y a peu de travail et beaucoup de travail où on peut juger partiellement du chômage des ouvriers occupés aux corporations professionnelles.

On peut juger du chômage des ouvriers concernant le Bureau (Etablissement) municipal de placement gratuit, tableau n° 227, p. 456, intitulé : Aperçu des offres d'emploi, des demandes d'emploi et des placements à demeure par professions depuis 1898-1911 dans la catégorie d'ouvriers.

Pour posséder une statistique spéciale de chômages et d'autres questions sur la statistique sociale de tous ouvriers, on devrait ouvrir une enquête sur ces questions et se procurer les dates nécessaires aux corporations professionnelles, organisations spéciales du parti socialiste international et aux diverses sociétés ouvrières.

En ce qui concerne le salaire, celui-ci est enregistré dans le tableau n° 177 et concerne les ouvriers occupés aux corporations professionnelles.

La 3e colonne indique les salaires maximums, minimums, moyens et à la tâche, par semaine, sans table et logement chez le patron.

Le même tableau montre aussi la durée du travail et du repos.

La statistique des accidents de travail est enregistrée seulement par la Caisse d'assurance d'ouvriers contre les accidents à Prague pour tout le royaume de Bohême et non à part pour la ville de Prague. Cet établissement publie de son activité un rapport annuel en langue bohême et allemande.

Les conditions d'apprentissage pour les divers métiers rangés aux corporations professionnelles, ainsi que le montre le tableau n° 178, p. 328, savoir :

Durée d'apprentissage, taxe d'entrée et de sortie d'apprentissage, nombre de cas de cassation du contrat d'apprentissage par le patron ou par l'apprenti, nombre des apprentis nouvellement entrés et sortis. Le même tableau montre aussi les résultats de différends en relation de travail, de salaire et d'apprentissage. Le nombre et le mouvement des apprentis assurés contre la maladie aux caisses d'assurance unies aux corporations professionnelles sont indiqués sur le tableau n° 183, p. 358, ad. 2.

La statistique des maladies contagieuses et professionnelles ainsi que les cas de morts sont enregistrés dans notre Annuaire statistique pour l'année 1911 dans le tableau n° 185, p. 368, pour la ville de Prague, et dans le tableau n° 190, p. 410, pour les communes-faubourgs. Les dates sont spécifiées selon les professions singulières et selon les cas de maladies.

La statistique de transports (postes, télégraphes et téléphones, navigation de rivière, chemins de fer, tramway électrique municipal) est enregistrée au chapitre : Transports, tableaux nos 146-172, p. 275-305. La statistique des personnes occupées aux transports est indiquée aux corporations professionnelles dans le tableau n° 173-182, p. 304. La statistique de maladie et de mort et des opérations financières relatives aux personnes occupées aux transports est indiquée aux caisses d'assurance d'ouvriers contre la maladie.

Notre Annuaire statistique pour l'année 1911 renferme, en outre, les chapitres suivants relatifs à la statistique sociale et de charité :

Mouvement de population (mariages, naissances et décès) aux tableaux nos 30-52, p. 64.

Banques, caisses d'épargne, caisses de crédit mutuel, établissements d'assurance (tabl. 101-111, p. 174).

Approvisionnement de la ville (abattoir central, marchés aux bestiaux et de viande, prix de denrées, production de bière et d'alcool, consommation des articles de ménage soumis à l'octroi (tabl. 112-145, p. 196).

Etablissement municipal de placement gratuit (tabl. 210-242, p. 450) ; grèves (tabl. 243-247, p. 473).

Sociétés et établissements d'assistance (tabl. 245, p. 384).

Etablissements d'éducation et de traitement (tabl. 246, p. 486).

Hospices (tabl. 247, p. 487).

Monts de piété (tabl. 248-250, p. 388).

Jardins d'enfants, écoles maternelles et crèches (tabl. 251-254, p. 494).

Asiles communaux pour les enfants des écoles primaires publiques (tabl. 255-257, p. 498).

La statistique sanitaire et d'hygiène (p. 502).

Enseignement (hautes écoles, écoles secondaires, écoles primaires publiques et privées, écoles spéciales et industrielles (tabl. 275-306, p. 522).

Bibliothèques publiques (tabl. 307-315, p. 572).

Dans notre rapport sur l'administration communale de la ville capitale de Prague (le dernier pour les années 1905-1907, le même pour les années 1908-1910 se trouve sous presse) on traite la statistique sociale communale dans les articles suivants :

Approvisionnement de la ville d'eau ;

Transports par le tramway électrique, établissement d'assurance municipal et caisse d'épargne municipale;

Affaires industrielles relatives aux corporations professionnelles, aux assemblées des ouvriers, à l'assurance d'ouvriers contre la maladie et contre l'accident, aux caisses d'ouvriers et aux différends de salaires ;

Approvisionnement de la ville de denrées, et police sanitaire et vétérinaire à l'abattoir central, aux marchés et aux halles ;

Service sanitaire, bains communaux, cimetières et inhumations, assistance communale de pauvres et établissements de charité municipaux ; activité sociale et charitable de la commune ;

Enseignement (activité de la commune pour l'instruction publique et pour la culture).

Je suis heureux de pouvoir vous envoyer la réponse à vos questions relatives à l'organisation d'une statistique sociale.

Nous n'envoyons pas nos publications (Annuaires statistiques et Rapports sur l'administration de la ville) parce que ces publications sont éditées seulement en langue tchèque.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma haute considération.

Chef de Bureau,
H.

Narbonne, 24 Novembre 1913.

Monsieur le Directeur,

Absent de chez moi pendant plusieurs semaines, je trouve aujourd'hui seulement votre lettre du 10 octobre, à laquelle je réponds avec plaisir.

Je ne puis que me réjouir de la proposition de M. Gent tendant à la création d'un service de statistique sociale.

Bien des fois au cours de mes études d'assistance, j'ai regretté l'absence presque absolue de statistique sur ces points; on ne trouve que çà et là, des indications morcelées et une source puissante de renseignements fait défaut. — Vous comprendrez qu'avec ma spécialisation, je souhaite voir orienter ce service dans le sens des questions d'assistance.

Trop souvent, nous ne savons pas la portée exacte des mesures que nous décidons sous l'effet de la nécessité, parce que les évaluations précises manquent.

On se trouve amené dès lors à substituer les pratiques fâcheuses de l'empirisme, aux résolutions scientifiquement démontrées.

Les municipalités des grandes villes devraient toutes posséder le service que souhaite M. Gent ; elles trouveraient, je crois, dans les commissions administratives des hospices, des aides précieux.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'expression de mes meilleurs et très distingués sentiments.

G. Cros Mayrevieille,

Membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique,
Vice-président de l'Administration des hospices de Narbonne.

VACCIN ANTITHYPHOIDE CURATIF (1)

Présentation

DE QUELQUES COURBES THERMOMÉTRIQUES

du service du Professeur Chantemesse, à l'Hôtel-Dieu.

Par le Dr KOLBÉ (de Châtel-Guyon)
Ancien Prof. à la Faculté de médecine de Buenos-Aires

Tous les médecins et hygiénistes avisés admettent aujourd'hui la nécessité de la *vaccination antityphique préventive* (2), car ses résultats favorables sont universellement reconnus. D'ailleurs, de facultative, elle est devenue obligatoire dans les troupes d'Angleterre, des Etats-Unis d'Amérique et au Japon. On vaccine contre la typhoïde dans l'armée américaine tous les officiers, sous-officiers et soldats âgés de moins de 45 ans. Rien d'étonnant par conséquent que le sénateur *Léon Labbé* ait déposé au Sénat, tout récemment, un projet de loi « *tendant à rendre obligatoire dans l'armée, la vaccination antityphoïdique* ». « *Une instruction ministérielle précisera les conditions de son application* ». Il ne resterait donc qu'à faire arrêter le choix d'un vaccin préventif qui donne *les meilleurs résultats, avec le moins d'inconvénients.*

Je suis si convaincu dans mon affirmation que je pourrais vous montrer sur le champ, mon bras avec la trace de la 2e injection du vaccin préventif, faite ce matin même, malgré mon âge de 48 ans.

Si l'accord semble complet pour la vaccination préventive, l'opinion des cliniciens est très partagée sur la valeur du *vaccin antityphoïde curatif.* On se demande, en effet, quelle action escompter d'une ou de plusieurs injections de quelques millions de bacilles morts chez un typhoïdique avéré, avec, dans son sang, des milliards et des milliards de bacilles d'Eberth, vivants et virulents ?

C'est une question « a priori » évidemment troublante, mais les « a priori » en médecine sont à mettre en quarantaine ; la bonne observation clinique, et quelquefois même l'empirisme, restant quand même la maîtresse de la thérapeutique.

Je me permets de vous citer, à cette occasion, le cas de cet interne des hôpitaux, sidéré à ce moment par une fièvre typhoïde grave, qui réclame pour lui-même le vaccin curatif, parce qu'il l'avait appliqué avec succès chez ses malades.

***

Y a-t-il des motifs sérieux pour cette réserve et cette attente dans l'emploi du vaccin antitiphoïde curatif ? Je me propose de vous faire passer une vingtaine de courbes thermométriques, recueillies dans le service de mon maître, M. le *Professeur Chantemesse*, à *l'Hôtel-Dieu.* Ces courbes, avec leurs annotations instructives, ébranleront, je l'espère, votre réserve prudente actuelle, et vous engageront, dorénavant, à essayer systématiquement, et à ne plus vous priver d'une nouvelle arme précieuse dans cette maladie redoutable qu'est la fièvre typhoïde. Je me tiens à votre disposition pour des renseignements complémentaires, cliniques, balnéothérapiques et médicamenteux ; ils m'ont été aimablement fournis pour cette présentation par l'interne du service : *M. Cambessedes.*

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, le 12 décembre 1912.

(2) Pour leurs recherches sur la vaccination préventive et la vaccinothérapie de la fièvre typhoïde, le vaccin est délivré, soit pur (préventif), soit dilué (curatif), *gratuitement* aux médecins par le Laboratoire d'Hygiène de la Faculté de médecine de Paris.

« Ce qu'il faut faire »

Voici la technique de la vaccinothérapie, arrêtée d'une façon générale dans le service de l'Hôtel-Dieu, après une période de tâtonnements bien compréhensible sur une voie toute nouvelle. Elle est dominée par une règle générale : « *Plus le typhoïdique est gravement atteint, moins il faut employer de vaccin ; la vaccinothérapie n'exclut nullement la balnéothérapie froide, au contraire.* En effet, le vaccin donne « un coup de fouet » à l'organisme qui « se défend bien » ou « se défend mal ». Dans le premier cas, la réaction d'actes défensifs est constante et favorable ; dans le deuxième cas, la réaction est aléatoire, quelquefois même dangereuse. Si l'intestin est tout prêt de saigner, ou de se perforer, il pourra y avoir des hémorrhagies intestinales graves, et des péritonites fatales, par perforation. Donc, l'extrême prudence ou l'abstention vaudrait mieux ici, qu'un zèle vaccinophile inexpérimenté.

Les indications du vaccin antityphoïde curatif sont très précises au début de la maladie. Le résultat est presque toujours palpable chez les malades atteints d'une forme légère et moyenne de fièvre typhoïde dans les 10 à 12 premiers jours de l'affection. Il est bon de s'assurer par le séro-diagnostic, de la certitude du diagnostic bactériologique avant le traitement. Car *la vaccination est franchement mauvaise dans la fièvre tuberculeuse ; spécifique,* elle n'agit pas sur les complications créées par d'autres microbes que ceux de la fièvre typhoïde.

Pour schématiser l'emploi du vaccin antityphoïde curatif dilué, on peut diviser les malades en deux grandes catégories :

1° *Malades soumis au traitement vaccinique, dans les 10 à 12 premiers jours de la maladie* ;

2° *Malades traités après les 12 premiers jours de maladie.*

La 1ère catégorie comporte donc des malades hospitalisés dans les 10 à 12 premiers jours de la maladie, sans complications, sans aucun traitement, ou n'ayant subi aucune thérapeutique intempestive ou irrationnelle. Ils profiteront tous, je dirais presque régulièrement, de la vaccinothérapie, à la condition que celle-ci soit assez énergique dans les formes légères et moyennes, et très prudente dans les cas graves. Le vaccin provoque chez eux des réactions de défense parmi lesquelles nous saisissons objectivement, *l'hypergénèse et l'hyperactivité précoces du tissu lymphoïde.* Cette hypergénèse du tissu lymphoïde saute surtout aux yeux par *l'augmentation de la zone de matité splénique ; on la constate cliniquement deux jours après l'injection.* Des rates qui, avant le traitement, étaient à peine palpables et percutables, deviennent franchement évidentes et on peut en calculer l'accroissement par centimètres. Ce signe clinique trouve quelquefois aussi une confirmation anatomopathologique précise, lorsque le sujet succombe accidentellement par exemple. Alors, nous ferons une constatation non moins instructive. En effet, la rate se présente à l'observateur sous une forme ferme, dans une sorte de turgescence, d'une érection. Tranchez-là au couteau, et vous trouverez à l'œil nu l'absence de cette pulpe splénique friable, déliquescente, presque mucilagineuse à laquelle vous êtes habitués. Au contraire, le tissu lyphoïde a durci l'organe ; il prend l'aspect et la consistance du foie ; on dirait volontiers que *la rate s'hépatise.* Faites des coupes microscopiques de cette rate, colorez-les au bleu et à l'éosine par un procédé quelconque, et vous constaterez l'organe farci d'îlots lymphoïdes consistants qui frapperont votre œil comme les glomérules de la couche externe du rein. L'élément éosinophile occupe le 2e plan, il ne prédomine pas comme dans le cas de la rate classique du typhoïde ordinaire et dans les cas de toxhémies éberthiennes graves. Les courbes thermométriques indiquent des *températures moyennes* ; la présence des bronchites, de broncho-pneumonies, de gonorrhées, y est aussi notée, et vous remarquerez que dans ces circonstances, l'action du vaccin, agent spécifique, reste dontense ou manque totalement. Et cependant chez le même malade, avant la complication, le vaccin agissait.

Mode d'emploi typique du Vaccin antityphoide dilué du Professeur Chantemesse

La bonne technique est d'injecter en général dans les cas moyens et courants, des 10 à 12 premiers jours de maladie ; le 1er jour, 60 millions ; le 4me jour, 30 millions ; le 8me jour, 30 millions.

Vous observerez alors des convalescences quelquefois très frappantes. Quelquefois, cette crise salutaire en lysis, accompagnée d'une *euphorie subjective,* se produit sans aucun traitement adjuvant, tel que la balnéation. En général, le vaccin n'a été administré qu'après un séro-diagnostic positif, d'après le *procédé macroscopique et mensuratif des Drs Chantemesse et Rodriguez.* En présence d'une épidémie typhique non douteuse, comme cela est arrivé dans le cas de la maison Potin, le praticien en ville serait, d'emblée, autorisé à la vaccinothérapie ; celle-ci peut devancer avec avantage, et *momentanément,* la certitude du diagnostic bactériologique.

Lorsque la maladie est très grave, avec une hyperpyrexie, du délire, de l'ataxo-adynamie, du collapsus, etc..., les doses ci-dessus doivent être diminuées avec intervalles plus distancés.

Dans les courbes que vous avez sous vos yeux, il y a un certain tâtonnement posologique ; *à posteriori,* il nous fait dire, par exemple, que dans la 1ère courbe, on avait administré trop de vaccin (100 millions) ; dans la 2ème par contrecoup, trop peu de vaccin au début, etc...

En dehors de la baisse de température en lysis après l'emploi rationnel du vaccin, phénomène le plus frappant, on remarque aussi d'autres *signes de franche convalescence, objectifs et subjectifs.* Parmi les premiers, il faut citer une rapide *polyurie avec décharge des chlorures, une diminution dans la fréquence du pouls et une amélioration de sa tension. Si tout ce syndrôme est harmonieux, on voit se croiser les lignes descendantes du pouls et de la température, et la ligne ascendante très brusque de la quantité d'urine. Subjectivement,* le malade en pleine euphorie se sent plus fort, il participe de la vie collective de ses camarades d'hôpital.

***

Nous entrons maintenant dans la 2me *catégorie des typhoïdiques, c'est-à-dire celle qui arrive à l'hôpital au. 12me jour et plus de la maladie.*

Ici, le vaccin n'a plus une action aussi nette que dans la 1ère période déjà décrite, soit par la présence des complications, soit par l'affaiblissement de l'organisme ; d'autres fois, il y a l'absence de traitement tonique, ou bien encore une thérapeutique irrationnelle. L'organisme ne se défend plus, ou se défend mal contre l'infection éberthienne dans ces conditions. Une extrême prudence doit alors régner pour l'administration du vaccin ; on injecte 30, 20, et 10 millions de bacilles et on attend

l'effet produit dans les intervalles plus longs entre chaque injection successive. Quelquefois, l'abstention vaut mieux que l'intervention. Ce dosage imprécis et difficile avec ses risques éventuels fait échouer le résultat, lorsque le médecin, par crainte, administre des doses insuffisantes, il peut compromettre la vie par des doses excessives et trop souvent répétées.

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE.

Maintenant que vous savez, dans ses grandes lignes, *ce qu'il faut faire*, je vous dirai, à propos d'un cas de décès *ce qu'il ne faut pas faire.* Mais j'ajouterai de suite, que dans ce cas, il s'agissait d'un malade très obèse de 40 ans, concierge de profession, qui entra dans le service pendant les vacances universitaires, en l'absence du Chef titulaire du service. Déjà, à son arrivée à l'hôpital, cette malade albuminurique et hyperpyrétique avait un cachet cardiaque d'une gravité particulière. Elle succomba d'ailleurs par la suite, en collapsus par myocardite. Chez elle, le traitement des bains froids a été appliqué trop tardivement; ensuite, on ne surveillait pas assez le refroidissement post-balnéaire; j'ajouterai comme excuse que c'était, vous le savez déjà, une femme très obèse, donc difficile à manier dans une baignoire, pour des infirmières femmes. Comme vaccinothérapie, elle avait reçu une première injection de 60 millions au 19e jour de la maladie, et une 2me de 50 millions la veille de son décès. Nous déduisons de ce cas l'enseignement suivant : *en raison du retard dans l'injection* (19e *jour*) *et de la gravité de la maladie chez cette femme obèse, il eût fallu commencer par des doses de vaccin plus faibles et les renouveler plus souvent.*

Il eût fallu aussi lutter contre l'hyperthermie par une balnéation plus prolongée et mieux appliquée. Mort due au collapsus cardiaque par myocardite.

Vous savez qu'*aucun malade typhoïdique ne résiste à la balnéation froide.* La réfrigération doit s'obtenir toujours et la plus favorable est celle qui baisse la température d'un degré. On doit rechercher l'ascension thermique post-balnéaire avec le frisson consécutif si précieux pour la désintoxication typhique. Si, pour une raison quelconque, vous ne voulez pas laisser, 30 minutes et plus, votre malade dans la baignoire, vous pouvez briser le spasme des vaso-constricteurs de votre malade, vasoconstriction qui empêche l'hématose de la peau et la réfrigération, vous pouvez le briser, dis-je, par un enveloppement humide préalable. Par l'enveloppement humide, le système nerveux vasomoteur se détend et vous laisse le champ libre pour votre réfrigération balnéaire.

Messieurs, je terminerai ce *petit exposé, dans lequel foisonnent les idées du Professeur Chantemesse.* Cette question sera certainement reprise avec plus de détails dans une autre occasion. Je vous invite à l'Hôtel-Dieu pour l'étude des malades en traitement, en constatant que sur un total approximatif de 25 malades (du service et en dehors du service) traités par la vaccinothérapie antityphoïde curative, d'après le Professeur Chantemesse, il y a une mortalité hospitalière de 4 0/0. On pourrait peut-être dire que cette faible mortalité dépend du génie épidémique actuel. Ce génie complaisant explique bien la vogue éphémère de certaines médications dans plusieurs épidémies légères!

Mais vous avouerez quand même, qu'il serait difficile de cumuler autant de coïncidences favorables comme celles que je vous présente, après la vaccinothérapie prudente et rationnelle.

Guérison rapide de Psychoses aiguës

SOUS

L'INFLUENCE D'INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'OXYGÈNE

Par MM. les Drs TOULOUSE et PUILLET

Nous avons traité des états psychopathiques aigus par l'oxygène. Nous sommes partis de cette idée que beaucoup de psychoses étaient conditionnées par des troubles de la nutrition en rapport avec du surmenage et des intoxications, et où les phénomènes d'oxydation étaient vraisemblablement ralentis ou perturbés.

Nous avons d'abord essayé de donner l'oxygène en lavement. Mais les malades ne gardaient pas l'oxygène dans leur rectum, et les effets semblaient bien moins puissants qu'avec des injections sous-cutanées. Nous avons alors eu recours aux injections sous-cutanées, et nous avons employé en le modifiant l'appareil que M. Martinet a décrit (1) et que cet auteur avec M. Heckel (2) ont utilisé dans le traitement de malades hypo-sphyxiques, urémiques, etc.

Cet appareil se compose d'un système de deux flacons communicants, pleins à moitié d'eau, avec trois tubulures munies de robinets et une poire soufflante. On remplit d'eau le flacon en rapport avec le réservoir d'oxygène, puis on fait passer l'eau dans l'autre flacon, pour remplacer dans le premier l'eau par l'oxygène. En envoyant ensuite de l'air dans le flacon plein d'eau on refoule le liquide dans le premier flacon empli d'oxygène; et ce gaz peut être alors injecté par le moyen d'un tuyau de caoutchouc et d'une aiguille hypodermique. On peut graduer la vitesse avec laquelle l'écoulement se fait.

Dans l'appareil décrit par les auteurs, il existe un obus qui fournit l'oxygène. Il nous a paru qu'il était plus commode de remplacer l'obus par le ballon d'oxygène employé couramment.

Le flacon recevant l'oxygène ayant un volume connu, on peut déterminer le volume d'oxygène détendu introduit dans le flacon.

L'oxygène par son passage à travers l'eau est lavé; et en fait nous n'avons jamais eu le moindre accident septique pour un nombre d'injections qui dépasse 100.

Voici comment nous procédons. Nous faisions des injections à la face externe de la cuisse, mettant environ dix à quinze minutes pour une injection de 500 centimètres cubes. Nous employons naturellement les précautions antiseptiques courantes (nettoyage de la peau à l'éther).

Les doses habituelles ont été de 120 à 150 centimètres cubes pour la première injection, de 200 à 250 centimètres cubes pour les deuxièmes et de 500 centimètres cubes pour les suivantes.

Une fois la dose de 500 centimètres cubes atteinte, nous avons parfois espacé les injections qui, au lieu d'être quotidiennes, étaient faites tous les deux jours. En procédant graduellement, on prépare ainsi la région à recevoir des doses croissantes d'oxygène.

La douleur est faible et disparaît rapidement.

Immédiatement après l'injection, la peau présente une coloration rouge très accentuée, les veines sous-cutanées sont très apparentes. Il se développe un emphysème sous-cutané, qui s'étend parfois à toute la face externe de la cuisse et qui disparaît lentement, généralement de six à douze heures. Il est bon de ne faire une injection que tous les deux jours, opérant un jour sur la cuisse droite et le lendemain sur la cuisse gauche.

Nous n'avons pas observé d'autres relations locales : anesthésie, névralgies, œdème; et nous n'avons jamais remarqué de lymphangite.

Les réactions générales ne sont pas apparentes du côté de la circulation, de la respiration ni de la température.

Nous n'avons pas méthodiquement étudié l'action de l'oxygène sur les échanges de la respiration ni sur les excrétions urinaires, nous proposant de le faire ultérieurement.

Nous pouvons dire que le poids des malades avait une tendance à augmenter.

L'appétit était augmenté notablement et rapidement et les fonctions digestives s'effectuaient normalement, sans diarrhée ni constipation.

Les réactions du côté des fonctions nerveuses et mentales étaient plus accusées après l'injection. Les malades éprouvaient une sensation de calme, de repos, légère après les premières injections, qui s'accentuait peu à peu au cours du traitement.

Le sommeil était plus profond.

Mais ce qui était remarquable, c'était l'effet sur l'excitation et la lucidité des malades agitées et confuses. Quand l'effet était favorable, il était précoce. Le jour même, il y avait une tendance vers le calme et le retour à la lucidité. Le lendemain, cette tendance s'accentuait, et, en quelques jours, survenait un changement complet, même une disparition des troubles mentaux. Cette rapidité d'action dans les maladies dont l'évolution est généralement longue était caractéristique et nous a convaincus que l'oxygénation était bien la cause des changements.

Les malades, améliorées et guéries, racontaient, après coup, leurs impressions. L'une d'elles, par exemple disait : « Dès les premières piqûres, je me suis sentie plus calme, je dormais mieux, je faisais plus attention à ce que l'on me disait. *Je pouvais suivre davantage mes idées.* » Cette malade précisait en même temps les indications de ce traitement qui paraît devoir s'adresser de préférence aux sujets dont toute la maladie consiste dans un désordre de ce que nous avons appelé, avec Mignard, *l'autoconduction*; et qui est proprement la perte du pouvoir de direction des idées et des actes, livrés au pur automatisme. Dans ces états, au début tout au moins, il ne semble pas qu'il y ait des désordres anatomiques importants, puisque la guérison spontanée survient assez vite et paraît complète, laissant, comme toutes les maladies viscérales, les sujets plus vulnérables aux mêmes causes morbides qui les ont une fois touchés, ce qui est un fait général et non spécial à la pathologie mentale, comme on le croit communément.

Ces états comprennent, d'ailleurs, une part des psychoses aiguës appelées manie, confusion mentale, psychose maniaque dépressive. Ils paraissent provoqués habituellement par le surmenage physique et intellectuel et par les infections (notamment la puerpéralité chez la femme) s'exerçant sur des cerveaux fragiles.

Voici deux cas démonstratifs :

OBS. I. — H... (Marguerite), vingt-huit ans.

Pas d'antécédents morbides importants à signaler. Une grossesse il y a quatre ans. Deuxième grossesse terminée en janvier 1913. Marguerite a nourri son enfant, s'est fatiguée beaucoup dans son ménage et a eu des contrariétés graves pour des affaires de famille. Ces trois causes réunies ont provoqué des troubles mentaux, qui ont com-

(1) *Bull. de Thérap.* 25 avril 1913.
(2) *Presse médicale*, 26 mars 1913.

mencé dans les premiers jours de mai 1913. Elle se livra à des propos incohérents et des gestes extravagants, se promenant sur le toit de sa maison et paraissant vouloir se suicider. C'est dans ces conditions qu'elle fut internée le 18 mai 1913.

A son arrivée dans le service, à Villejuif, elle était dans un état de dépression marquée avec mutisme presque complet. Elle paraissait très confuse, désorientée, faisant effort pour répondre par signes aux questions les plus simples. Elle dormait mal et semblait avoir des cauchemars. Il fallait la faire manger. Au point de vue physique, un peu de température, à son arrivée, qui n'a pas persisté. Les seins secrétaient quelques gouttes de lait et il n'y avait rien d'apparent du côté des organes génitaux. Pas d'agitation.

Cet état se maintient sans changement appréciable jusqu'au 6 juin, c'est-à-dire pendant neuf jours. Ce jour-là, on commence le traitement par l'oxygène. Et on lui donne un lavement d'oxygène de 200 centimètres cubes environ. Comme le gaz ne paraissait pas gardé par le rectum, on remplace le 10 juin, le lavement d'oxygène par des injections sous-cutanées de 250 centimètres cubes, puis 500 centimètres cubes, qu'on répète tous les deux jours jusqu'au 28 juin.

Le lendemain, 11 *juin*, la malade fait son lit, demande à se coiffer, répond assez correctement aux questions, à voix basse. Le 12 juin, elle mange seule et commence à s'intéresser à ce qui se passe autour d'elle.

Le 14 *juin*, elle reçoit la visite de son mari, lui cause longuement et lui demande des nouvelles de ses parents. Elle lit les journaux et demande sa sortie; le 16 elle travaille à la couture. Le 18 elle demande à aller à une fête donnée dans l'asile.

Les troubles mentaux disparurent complètement. Et la malade revint vers le 25 juin à l'état normal. Elle se souvenait de sa maladie et de ses tentatives de suicide et aussi qu'on l'a emmenée à l'asile. Elle se souvient moins bien de ses cauchemars (elle voyait des soldats qui la poursuivaient et croyait qu'on voulait lui faire du mal). Elle ne pouvait causer parce qu'elle ne trouvait ni les mots ni les idées dont elle avait besoin *et ne pouvait plus fixer sa pensée*.

Elle ne se rend pas compte du moment où elle a commencé à aller mieux; elle a vu qu'elle allait bien lorsqu'elle a repris ses occupations ordinaires et qu'elle s'intéressait à son mari. Elle ne peut préciser le jour où elle a mangé seule et fait elle-même sa toilette elle ne se rappelle d'ailleurs pas qu'on la faisait manger. Elle se sent reposée et dort bien. La physionomie a changé et pris un aspect normal.

Elle est encore pâle et maigre bien que son poids ait passé de 39 kilos à 43 kilos 600.

Cet état s'est maintenu depuis. Cette malade a été mise en liberté le 5 juillet 1913.

En résumé, il s'agit d'un cas de confusion survenu à l'occasion de fatigue physique et morale au cours de la lactation. Ce sont là des circonstances qui paraissent très favorables au traitement par l'oxygène. Ce qui est démonstratif, c'est que dès le lendemain de la première piqûre, l'état mental se modifie et en quelques jours la guérison est obtenue.

Obs. II. — Tr... (Elisabeth), dix-sept ans, domestique.

Rien à noter d'important dans ses antécédents.

Surmenage physique, grippe légère vers le 15 mai 1913. Le 21, début des troubles mentaux (Excitation, cris, chants, pleurs, insomnie, logorrhée, anorexie). La malade est placée à l'hôpital de la Pitié le 21 mai 1913. A cette époque son état rappelait les périodes d'excitation du début de la démence précoce, diagnostic qui fut d'ailleurs posé à Sainte-Anne le 26 mai 1913.

A son entrée dans le service le 26 mai 1913 elle est placée dans un quartier de malades agitées et présente le tableau de la confusion mentale très marquée, avec excitation (désorientation, troubles de l'auto-conduction, attention diminuée, amnésie, agitation motrice, logorrhée). On ne constate pas d'hallucinations. Refus d'aliments. Insomnie.

Cet état persiste presque sans changement jusqu'au 13 juin, époque à laquelle on commence les injections d'oxygène. Le *lendemain*, le 14, elle reste calme toute la matinée et cause raisonnablement. Le soir elle présente encore un peu d'excitation; elle reçoit alors une injection de 250 centimètres cubes d'oxygène.

Dans la nuit du 14 au 15, elle dort.

Les jours suivants on lui fait des injections de 500 centimètres cubes, tous les deux jours jusqu'au 28 juin 1913. Le calme s'établit rapidement. Le 16 elle s'habille seule et fait sa toilette; elle commence à s'occuper et reçoit bien sa famille. Le 23, elle est placée dans un quartier de malades tranquilles. Depuis cette époque l'amélioration s'est accentuée. Dès le 25 juin elle est en pleine convalescence. A ce moment, elle se rappelle son état d'agitation et de confusion et raconte : *Je ne pouvais pas m'empêcher de causer sans cesse parce que mon mal était plus fort que moi*. Elle travaille régulièrement.

L'amélioration physique a suivi la même marche, son poids est passé de 37 à 42 kilos 600.

Cette malade est sortie le 12 juillet 1913.

Le second cas paraît calqué sur le premier. Il s'agit d'une jeune femme surmenée qui tombe dans un état de confusion, mais avec excitation, tandis que la première présentait de la dépression. La confusion était égale dans les deux cas et, à leur guérison, les deux malades accusent les mêmes troubles de l'auto-conduction, la difficulté de diriger leur pensée, qui paraît dans ces psychoses aiguës les plus communes, le trouble essentiel. Le traitement agit dès les premières piqûres et en quelques jours amène une guérison complète.

Nous avons parallèlement essayé l'oxygénation dans des cas un peu différents, notamment chez des malades atteintes de troubles anxieux à caractère mélancolique, avec appoint alcoolique. Les résultats ont été encourageants sans avoir la netteté des cas sélectionnés.

Obs. III. — M... (Louise), trente-trois ans.

Avant son entrée dans le service (18 mars 1913), elle a fait une tentative de suicide, présente des idées de culpabilité (elle croyait avoir tué son enfant) et était sujette à de fréquentes crises d'anxiété avec agitation et idées de suicide. Probablement a-t-elle fait des excès alcooliques.

A son entrée, on observe un état de confusion très intense, mais avec des crises d'anxiété; elle présente des impulsions et cherche sans cesse à s'étrangler, à se jeter par les fenêtres. Elle ne dort pas. Elle est amaigrie et doit être nourrie à la sonde.

Cet état dure jusqu'au mois de mai. Elle est alors un peu plus calme, ne s'alimente pas et présente assez souvent des crises d'anxiété avec tentative de suicide.

Le 13 *juin*, on commence des injections d'oxygène. Le 16, elle mange seule. Elle présente une crise d'agitation très vive, qui dure quelques heures, puis elle se calme. Les jours suivants, elle continue à s'alimenter seule l'anxiété diminue, la confusion est moins prononcée, une légère amélioration apparaît et s'accentue. Actuellement (16 juillet 1912) la malade est mieux; elle se rend compte de son état, mais est encore sujette à des crises d'anxiété plus courtes qu'à son entrée. L'état physique est meilleur. Le poids qui était tombé à 46, est de 48 kil. 600.

Obs. IV. — Le 4 novembre 1912, H... fait un accouchement normal (travail extrêmement long). Seize jours après, elle se lève, le lait diminue et les troubles mentaux débutent par de l'anxiété. Elle croit que son enfant va mourir; elle a de l'agitation désordonnée et fait plusieurs tentatives de suicide (coup de rasoir dans le ventre, menace de se jeter dans la Seine).

A son arrivée, 7 février 1913, elle est dans un état de confusion très marquée avec désorientation, automatisme des idées et des gestes, anxiété.

MM. Mignard et Provost présentent cette malade à la Société clinique des maladies mentales le 17 mars 1913 comme confusion mélancolique d'origine toxique, caractérisée par des troubles intellectuels dépendant uniquement de l'état de l'attention et de l'affectivité.

En *juin* 1913, elle est toujours très anxieuse et répète d'une façon monotone les mêmes plaintes.

On commence les injections d'oxygène le 13 juin.

Le 17, une légère amélioration se dessine et s'accentue peu à peu. Un mois après, le 16 juillet 1913, elle se rappelle les circonstances de son entrée à l'asile, reconnaît que les idées qu'elle se faisait sur l'état de son enfant devaient être exagérées; elle commence à s'occuper, dort mieux, s'alimente seule; son état physique est meilleur son poids a augmenté de 1 kilo.

Pourtant elle a encore quelques périodes d'anxiété, mais beaucoup moins accentuées qu'à son entrée dans le service. En résumé, confusion mentale intense en voie d'amélioration.

Enfin, nous sommes arrivés à étendre l'application de l'oxygénation à des agitations chez les démentes, pour combattre l'insomnie et aussi chez des épileptiques à accès fréquents. Dans la plupart des cas, nous avons obtenu une diminution de l'agitation ou de l'insomnie. Nous reviendrons ultérieurement sur nos expériences concernant les épileptiques.

De nos expériences il résulte que l'oxygène en injection sous-cutanée, qui est un traitement inoffensif, a paru avoir une action *curative* dans nos deux cas de confusion mentale simple au début, avec agitation ou dépression, et manifestant un trouble de l'auto-conduction qui est le type de la folie aiguë. La brusquerie du changement parut être la meilleure preuve de son efficacité. Le retour à l'état normal était complet et l'on est autorisé à parler de guérison.

Dans d'autres cas, l'action fut moins décisive, tout en étant parfois importante, et confirma le résultat favorable obtenu ailleurs.

Nous avons pensé à associer l'oxygène à d'autres traitements, tels que le bromure combiné avec l'hypochloruration qui diminue l'automatisme mental.

Quand on pense que le médecin est actuellement désarmé en présence des psychoses aiguës, curables spontanément mais dont l'évolution peut être si longue et contre lesquelles il n'a aucun traitement curatif établi, on comprend l'intérêt d'un moyen thérapeutique comme l'oxygène qui peut

avoir, dans des indications que nous cherchons à déterminer d'une manière plus précise, une action aussi efficace. C'est ce qui nous a engagés à attirer l'attention sur ces premiers faits si intéressants et qui méritent de provoquer d'autres recherches (1).

NOUVELLE CLASSIFICATION
DES
Affections inflammatoires du sac lacrymal

Par M. le Docteur L. DEWATRIPONT
(de Bruxelles)

Nos recherches relatives à l'étude des rapports bactériologiques entre les affections nasales et les affections des voies lacrymales, soutenues par notre étude de l'histologie pathologique du sac lacrymal dans ses rapports avec le canal nasal et la pituitaire, nous permettent de déclarer mal établie la classification habituelle des affections inflammatoires des voies lacrymales (nous laissons de côté leurs traumatismes et leurs néoplasmes), généralement admise par les auteurs, et d'en proposer une nouvelle, basée sur la connaissance exacte des microorganismes infectants et de l'état histo-pathologique du sac.

Les auteurs divisent les affections inflammatoires du sac lacrymal en deux groupes :

a) *Dacryocystite simple.* — *Synonymie* : Dacryoscystite catarrhale ou catarrho-purulente, ou chronique, ou blennorrbée du sac.

b) *Dacryocystite aiguë.* — *Synonymie* : Dacryocystite phlegmoneuse, tumeur lacrymale enflammée, phlegmon du sac lacrymal.

Cette division en deux groupes est basée uniquement sur l'aspect extérieur de l'affection, ou sur les caractères macroscopiques de l'écoulement, mais ne tient compte ni de l'état histologique ni de la nature bactériologique de l'affection. En somme, cette classification est la première qui se présente à l'esprit et la plus facile, certes, mais aussi la moins scientifique.

C'est pourquoi nous proposons de fixer comme suit la classification des affections inflammatoires du sac lacrymal :

I. — *La péricystite phlegmoneuse* :

a) *A streptocoques*, d'origine nasale (surtout fréquente chez les adultes) ;

b) *A bacilles de Koch*, sous la dépendance d'une ostéo-périostite tuberculeuse sous-jacente (surtout fréquente chez les enfants).

II. — *La dacryocystite tuberculeuse primitive ou consécutive à une tuberculose conjonctivale ou nasale (à bacilles de Koch).*

III. — *La dacryocystite aiguë à streptocoques*, d'origine nasale, survenant au cours d'une dacryocystite chronique à pneumocoques.

IV. — *La dacryocystite subaiguë à diplobacilles Morax-Axenfeld*, d'origine nasale, diplobacilles purs ou associés à des pneumocoques, mais prédominants.

V. — *La dacryocystite chronique à pneumocoques de Talamon-Fraenkel*, généralement purs, mais parfois associés aux staphylocoques (aureus, albus, citreus), ou au bacterium coli (surtout chez des enfants, des vieillards, ou des malades mal soignés), plus rarement aux bacilles pyocyanique, gonocoque, bacille du xérosis, bacillus subtilis, pyogenes fœtidus, proteus vulgaris, bacille de la morve, bacille de Weeks, etc.

a) *Sans ectasie marquée du sac lacrymal* (stade hypertrophique) ;

b) *Avec ectasie prononcée du sac lacrymal* (stade de disparition progressive des fibres élastiques).

VI. — *La dacryocystite ozéneuse à diplocoques de Loewenberg*, d'origine nasale (stade en voie d'atrophie et surtout stade atrophique).

VII. — *La dacryocystite syphilitique à spirochètes de Schaudinn*, parfois primitive (très rarement), presque toujours consécutive à la syphilis nasale.

VIII. — *La dacryocystite diphtérique à bacilles de Loeffler*, complication fréquente de la diphtérie nasale.

IX. — *L'ectasie enkystée du sac lacrymal* (à staphylocoques dorés purs ou associés), caractérisée par la disparition complète des fibres élastiques.

(1) *Soc. méd. des hôp.*

REVUE DE CLINIQUE

Deux cas d'adipose douloureuse

Par M. le Docteur BABONNEIX
Médecin des hopitaux de Paris
Et Mademoiselle SPANOWRKI

Le hasard a réuni, dans le service de M. G. Lion, que l'un de nous a l'honneur de remplacer actuellement, deux cas d'adipose douloureuse, curieux, l'un par le volume énorme des masses lipomateuses, l'autre, au contraire, par leurs dimensions restreintes et leur nombre relativement considérable. Il nous a semblé intéressant de les présenter simultanément à la Société médicale des Hôpitaux, pour que l'on puisse, par simple comparaison, saisir les analogies et les différences qu'il y a lieu d'établir entre ces deux malades, dont l'une présente la forme *nodulaire*, et l'autre, la forme *diffuse* de l'affection isolée par Dercum.

Obs. I. — Mme R.., cinquante-trois ans, masseuse, entrée le 10 septembre 1913, salle Pasteur, lit n° 10.

Les antécédents héréditaires n'offrent pas d'intérêt. Quant aux antécédents personnels, ils se réduisent à peu de chose. La menstruation s'est établie à dix-sept ans ; elle a toujours été régulière jusqu'à la ménopause, qui est survenue en 1911. Mme R.., a eu trois enfants : l'un actuellement bien portant et âgé de vingt-huit ans, l'autre, mort à six semaines, de diarrbée infantile. Elle a souffert, autrefois, à trois ou quatre reprises, de crises abdominales douloureuses, qui, par leur localisation à la vésicule biliaire et les vomissements qui les ont accompagnées, semblent bien avoir été des coliques hépatiques. En 1907, elle est entrée chez M. Parmentier, pour des troubles gastriques qui n'ont pas duré moins de trois mois. Ces troubles consistaient surtout en sensation de constriction, de gêne épigastrique, se produisant uniquement la nuit et se compliquant de vomissements alimentaires ou bilieux. Pendant la journée, tout rentrait dans l'ordre, et c'est à peine, si, de temps à autre, se produisait un vomissement.

Il y a deux mois, à la suite d'une grippe, les mêmes phénomènes ont fait leur apparition ; le régime lacté absolu, aussitôt prescrit, a produit une grande amélioration. Toutefois, il persiste encore une sensation de malaise gastrique, surtout nocturne, pour laquelle la malade entre actuellement dans le service de M. Lion.

En ce qui concerne une syphilis possible, il est à noter que, vers dix-huit ans, la malade a perdu ses cheveux, et que, plus tard, elle a fait une fausse-couche. Mais elle n'a présenté, à aucun moment, d'éruption suspecte ; il semble qu'on ne l'ait jamais soumise au traitement mercuriel ; d'ailleurs, la réaction de Wassermann, pratiquée par M. Levaditi, est négative.

Si l'existence d'une syphilis antérieure paraît des plus douteuses, l'éthylisme, par contre, est certain, de par les aveux de la patiente et de par les constatations cliniques : douleurs à la pression des masses musculaires et des nerfs, tremblement, varicosités des pommettes.

Etat actuel. — §I. — Symptomes primordiaux. — 1° Au premier coup d'œil, on découvre des *masses lipomateuses*, parfaitement symétriques, qui occupent les régions suivantes : *a*) la région située au-dessous des malléoles externes ; *b*) les bords externe et interne de la rotule ; *c*) le creux poplité ; *d*) les aisselles ; *e*) la partie supérieure des régions fessières. Ces diverses masses sont bien limitées, sauf celles qui siègent à la région fessière ; elles ne sont pas adhérentes : leur volume est très variable : les plus considérables sont constituées par les masses fessières ; puis viennent les tumeurs latéro-rotuliennes, qui sont grosses à peu près comme un œuf de poule ; les plus petites sont celles que l'on trouve au-dessous des malléoles externes.

Leur consistance est molle, élastique, pseudo-fluctuante ; leur forme arrondie. Sensibles à la palpation, elles sont le siège de quelques douleurs spontanées. A leur surface, la peau présente quelques varicosités. D'après la malade, elles auraient commencé à se développer petit à petit, il y a déjà une dizaine d'années. Sur le trajet des nerfs, on ne constate aucune nodosité. De même, dans les creux sus-claviculaires. Par contre, à la partie inférieure de la face interne des jambes, existe une sorte d'infiltration diffuse à grand axe vertical ;

2° Depuis deux ans ont apparu des *douleurs* violentes, donnant à la malade l'impression de morsure, de déchirement, et qui occupent surtout les membres inférieurs et plus particulièrement encore les genoux, mais qui ne s'accompagnent d'aucune modification de la sensibilité objective ;

3° L'*asthénie*, symptôme capital, d'après les auteurs, est ici assez peu accusée ;

4° Il en est de même des *troubles psychiques*. L'intelligence paraît intacte, le jugement est sain. A peine peut-on signaler une légère diminution de la mémoire et un peu d'émotivité, peut-être plus en rapport, d'ailleurs, avec l'éthylisme qu'avec l'adipose.

§ II. — Symptomes secondaires. *Troubles nerveux.* — Les réflexes rotuliens existent ; quant aux réflexes achilléens, ils semblent abolis, mais il n'est pas sûr que le relâchement complet de la musculature ait été obtenu lorsqu'on les a recherchés. Les pupilles sont égales et régulières, elles réagissent bien et à la lumière et à l'accommodation. L'examen de l'œil, pratiqué chez Mme R..., n'a révélé que de la presbyopie et de l'hypermétropie. La motilité est intacte. Le signe de Romberg fait défaut. De même les troubles trophiques.

Troubles digestifs. Ils se réduisent aux sensations subjectives que nous avons décrites. La langue est bonne, l'abdomen souple, l'estomac non dilaté ni abaissé. Le chimisme gastrique étudié par M. Tulasne est absolument normal. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume ; il n'y a pas de point vésiculaire ; les digestions s'effectuent d'une façon satisfaisante.

Peu de *troubles circulatoires* en dehors d'un léger clangor aortique. La malade n'est pas sujette aux hémorragies. La tension artérielle mesurée au Pachon est de 14 — 8.

L'*appareil urinaire* est intact. Les reins ne sont pas ptosés, l'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Rien à signaler non plus en ce qui concerne l'*appareil respiratoire*, *les os* et les *articulations*.

Parmi les symptômes indiquant une participation possible des *glandes à sécrétion interne*, notons l'embonpoint, qui date de la ménopause et s'accompagne de poussées congestives, surtout nettes à la face. Le corps thyroïde n'est pas hypertrophié, et il n'existe, actuellement, aucun signe permettant de penser, soit au myxœdème, soit à la maladie de Basedow. Sur les radiographies du crâne, il semble y avoir un léger agrandissement de la selle turcique. En dehors d'une légère pigmentation sternale, sans grands caractères, rien ne permet, non plus, de penser à une altération des surrénales.

Obs. II. — Mme O..., soixante et onze ans, ménagère, entrée le 17 avril 1913, salle Villemin, lit n° 16.

Le seul antécédent héréditaire à signaler

consiste en ce que la mère de la malade était assez névropathe.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Mme O..., a eu la petite vérole à sept ans; elle a été réglée à quatorze ans et a eu deux enfants qui seraient morts de méningite, l'un à quatorze ans et l'autre à dix-huit ans.

L'affection actuelle a débuté vers trente-deux ans, par des troubles menstruels. Il y en d'abord, pendant quatre mois, des ménorragies, puis les règles ont cessé pour ne plus jamais reparaître. Quelques mois plus tard, les jambes ont commencé à augmenter de volume et à devenir douloureuses; les *douleurs* irradiaient d'ailleurs aux lombes et au rachis. Elles étaient soit profondes, soit superficielles. Celles-là semblaient siéger dans les muscles et donnaient à la patiente une sensation de tiraillement ou d'élancement; celles-ci étaient provoquées par la moindre pression, si bien que la malade a dû remplacer ses bottines, qu'elle ne pouvait plus supporter, par des pantoufles, et qu'elle souffre même pour mettre ses bas. Il survenait aussi, de temps à autre, des douleurs articulaires, localisées aux hanches, aux chevilles et même aux articulations du rachis, et qu'exagéraient nettement les divers mouvements.

ETAT ACTUEL. — § I. — SYMPTÔMES CAPITAUX. — 1° L'*adipose* n'est plus nodulaire, comme dans le cas précdent, elle est *diffuse* et *segmentaire*. Elle occupe surtout les membres inférieurs, mais aussi l'abdomen, la région lombaire, le dos, les membres supérieurs. Elle est exactement symétrique. Elle s'est développée petit à petit, à bas bruit, sans aucun phénomène local autre que les douleurs, qui l'auraient précédée de quelques mois. En trois ans, elle a atteint le degré qu'elle présente aujourd'hui.

Aux membres inférieurs, on constate une infiltration graisseuse diffuse, sans limites précises, en haut; et, en bas, s'arrêtant par un bord net, par une sorte de bourrelet épais, surtout accusé à la face interne de la jambe. Ces masses adipeuses, au niveau desquelles existe une circulation collatérale peu accusée, offrent une consistance élastique; elles sont douloureuses à la palpation, et même au simple contact. On peut, au sein de cette infiltration diffuse, isoler deux nodules, plus ou moins bien limités, siégeant, l'un au-dessus et au-devant de la rotule, l'autre, à la face interne de l'articulation du genou.

Un autre nodule, gros comme une noix environ, se trouve au-dessous de la malléole externe.

Sur l'abdomen, la couche adipeuse est très épaisse, mais ne semble pas douloureuse à la palpation.

Sur le dos et sur la région lombaire, existe une infiltration adipeuse dure, résistante, remontant jusqu'à la nuque, et surtout nette à droite et à gauche du rachis, dans son segment dorsal.

Aux membres supérieurs, on trouve aussi des masses flasques, sensibles à la pression, développées surtout aux confins des faces interne et postérieure des bras, et formant, au coude, un bourrelet assez accusé. Dans ces masses, la palpation permet d'isoler de petites nodosités mal limitées.

Les mensurations donnent : 66 centimètres à la racine des cuisses; 47, aux genoux; 42, aux mollets; 35, au niveau du bourrelet terminal; 29, aux chevilles; 32, à la partie moyenne du bras; 28, au coude; 24, au tiers supérieur de l'avant-bras.

En somme, adipose diffuse, douloureuse, s'arrêtant en bas, aux chevilles, et respectant les extrémités, les seins, les fesses, les creux sus-claviculaires.

2° Nous avons déjà mentionné les *douleurs* superficielles, profondes et articulaires. Ajoutons: 1° Les migraines, très fréquentes, surtout dans les cinq ou six premières années, et qui ont, maintenant, à peu près disparu; 2° les crampes, localisées surtout aux mollets; 3° la sensation de doigt mort; 4° l'hyperesthésie au froid; la sensibilité objective est cependant intacte en dehors d'un certain degré d'hyperesthésie à la piqûre.

3° *L'asthénie* est surtout morale. La patiente dit que, jusqu'à ces dernières années, elle avait conservé toute son énergie, mais que, maintenant, le moindre effort lui répugne, et qu'elle ne se sent envie de rien entreprendre.

4° En plus de cette diminution de la volonté, il faut signaler, parmi les *troubles psychiques*, la baisse progressive de la mémoire et le changement de caractère; elle est devenue émotive et coléreuse, a facilement des idées tristes.

§ 2. — SYMPTOMES SECONDAIRES. — *Troubles nerveux*. La motilité est intacte. Nous avons déjà étudié les modifications de la sensibilité générale. Quant aux sensibilités spéciales, voici leur état : la vue aurait baissé depuis deux ans, et serait souvent troublée par des mouches volantes. Il n'existe ni inégalité pupillaire, ni myosis. Le signe d'Argyll-Robertson fait défaut, mais on constate un peu de nystagmus transversal. A signaler un léger ectropion de la paupière supérieure gauche. Le malade est, de plus, hypermétrope et astigmate.

L'examen ophtalmoscopique décèle les signes d'un glaucome au début. L'acuité auditive aurait diminué depuis deux à trois ans. Le goût et l'olfaction sont normaux. Il n'y a aucune modification nette des réflexes tendineux. Les troubles trophiques se réduisent à peu de chose en dehors d'une certaine pilosité. Notons encore, pour être complet, un tremblement menu de la mâchoire inférieure.

Les *fonctions digestives* s'accomplissent correctement. Par contre, bien qu'il n'y ait pas d'albuminurie, il existe quelques signes d'urémie lente; dyspnée *sine materia*, revêtant parfois le carcatère asthmatiforme; polyurie nocturne, sensation du doigt mort.

Les seuls *troubles circulatoires* à noter sont : 1° une certaine propension aux hémorragies et aux ecchymoses : 2° des signes d'hypertension artérielle: le pouls est dur, tendu; l'auscultation du cœur décèle un clangor aortique et une ébauche de bruit de galop. La tension artérielle mesurée au Pachon est de 15-7.

Sur la *peau*, quelques molluscums fibreux, et, de place en place, des cicatrices remontant à la variole.

Nous n'avons constaté aucun symptôme permettant de penser à une insuffisance pluriglandulaire. Le corps thyroïde n'est pas perceptible. La radiographie ne décèle pas d'agrandissement de la selle turcique.

Dans ces deux cas, il s'agit, à n'en pas douter, d'adipose douloureuse. Leur examen comparatif nous amène aux considérations suivantes:

1° Le premier réalise la forme dite *nodulaire*, et le second, la forme *diffuse* des classiques, dite encore *segmentaire*, ou *segmentaire rhizomélique*. Toutefois, comme le font remarquer les auteurs qui se sont le plus occupés de cette affection, il n'y a pas lieu de tracer, entre ces deux formes, de ligne de démarcation infranchissable. Chez la première de nos malades, nous avons vu qu'il existait, en effet, à la partie postéro-interne des jambes, des masses lipomateuses diffuses, mal limitées, et, inversement, chez la seconde, on peut trouver, au milieu de l'infiltration graisseuse la plus étendue, des nodules assez bien localisés;

2° Dans le premier cas, la symptomatologie est très fruste, et, des quatre symptômes considérés comme cardinaux pour les classiques, il en est au moins deux : l'asthénie et les troubles psychiques, qui sont très peu marqués;

3° En ce qui concerne les relations possibles de l'adipose douloureuse avec l'altération, organique ou fonctionnelle, d'une glande à sécrétion interne, nous voyons que la seule à incriminer ici serait l'ovaire. Dans les deux cas, mais surtout dans le second, il y a eu, en effet, des manifestations nettes d'insuffisance ovarienne. N'a-t-on pas vu, d'ailleurs, la maladie de Dercum survenir chez de toutes jeunes femmes, à la suite d'une double ovariotomie?

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Un traitement non sanglant et rapide de l'anthrax

Par M. le Docteur SALVATOR CUCCIARDELLO
(de Milan)

Depuis bon nombre d'années je n'ai plus adopté pour la guérison de l'Anthrax, le traitement sanglant, me servant constamment par contre d'un moyen qui, même dans les cas les plus graves, ne cause pas de souffrances aux malades et produit rapidement la guérison.

Je me suis servi des vaporisations par les simples vapeurs d'eau, sans auxiliaire de substances médicinales, et dirigées d'une manière opportune sur la partie malade.

J'ai fait usage de vaporisateurs spéciaux construits expressément pour ce but, mais on peut obtenir de bons résultats même avec un vaporisateur improvisé.

Dans le but de venir en aide à un collègue, fût-il même un simple Médecin de village, pour improviser appareil et accessoires nécessaires et effectuer avec succès le traitement non sanglant de l'anthrax, je vais décrire aussi minutieusement que possible la technique que je suis en pareil cas.

Un récipient quelconque dans lequel on puisse faire bouillir de l'eau peut servir comme vaporisateur, pourvu que son couvercle soit muni d'un tuyau de 2 centimètres environ de diamètre, solidement fixé au récipient à l'une de ses extrémités et courbé de telle façon que l'autre extrémité soit en direction horizontale.

Le vaporisateur doit être placé de manière à ce que le jet de vapeur se dirige perpendiculairement sur la partie à traiter et que la vapeur y arrive aussi chaude que le patient peut la supporter.

En général, la température de 50°-55° se supporte aisément. La vapeur devant arriver sur la partie affectée à un degré de chaleur toujours égal, il faut que le vaporisateur soit posé sur un fourneau à flamme constante et susceptible de réglage.

La vapeur doit atteindre non seulement l'anthrax mais encore la région environnante où l'infiltration n'a pas encore pénétré. Pour délimiter plus exactement cette région à vaporiser, il faut l'inclure dans le vide d'un cylindre en carton, dans lequel, par l'extrémité opposée, on introduira la vapeur provenant du vaporisateur.

Le cylindre en carton peut avoir une longueur de 30-40 centimètres, sa largeur variant suivant l'étendue de la partie à traiter et qui doit être comprise dans sa cavité. Le cylindre en carton peut être tenu en place soit en étant soutenu par les mains d'une des personnes présentes, soit en étant appuyé sur un soutien convenable. Il n'est pas nécessaire que le bord de l'extrémité du cylindre touche à la peau, au contraire, il est préférable qu'il en soit un peu éloigné, de manière à ce que la vapeur après avoir traversé le cylindre puisse prendre son essor en effleurant la partie malade. Le cylindre sera donc tenu légèrement incliné vers le haut de manière à ce que la vapeur ne puisse pas retourner en arrière, mais doive nécessairement se diriger vers la région affectée. Le cylindre de délimitation doit être en carton et non en autre substance, pour éviter que l'excessive chaleur qu'il pourrait développer pendant son fonctionnement puisse produire des brûlures au malade ou à ceux qui l'entourent.

Pendant la vaporisation, le malade peut rester assis ou couché, dans la position qui lui est la

plus commode ; il est cependant préférable, si possible, qu'il soit couché.

Lorsque l'anthrax se trouve sur la nuque ou sur un point quelconque de la tête, il est bon d'envelopper la tête dans des compresses trempées dans de l'eau froide, pressées et renouvelées fréquemment, afin d'éviter de légères congestions cérébrales momentanées que pourrait causer l'atmosphère chaude circulant autour de la tête.

Le nombre et la durée des vaporisations dépendront de la rapidité avec laquelle on désire obtenir la guérison de l'anthrax. Plus elles sont longues et nombreuses et plus la guérison sera rapide. Le malade supportera très bien et désirera même 5, 6 ou 7 vaporisations par jour de la durée d'une heure environ, et appliquées à intervalles d'une heure et demie l'une de l'autre, et il en ressentira les effets bienfaisants dès le début.

Pendant les intervalles entre une vaporisation et l'autre, on placera sur la région affectée une compresse de coton trempé dans de l'eau chaude. Les vaporisations peuvent être interrompues pendant la nuit.

Dès les premières vaporisations, le malade éprouve les effets bienfaisants du traitement : la souffrance se calme et le sommeil lui est possible. La fièvre commence à baisser de peu de dixièmes ou de quelques degrés, suivant la gravité du mal et la tendance plus ou moins prononcée de l'anthrax vers la guérison. Dans les formes très mauvaises, la fièvre continue avec la même intensité et pourrait même augmenter légèrement le premier jour du traitement et peut-être même quelques jours après.

L'invasion progressive de l'anthrax vers les régions saines s'arrête après les premières vaporisations, ou continuera pendant les premiers jours avec une lenteur qui est un frappant contraste avec la rapidité observée dans les jours précédents. L'aréole violacée, qui entoure l'anthrax devient moins consistante, moins douloureuse, moins étendue, et prend une couleur qui tend vers le rose.

Cette modification de l'aréole inflammatoire devient plus manifeste dans les endroits où la vapeur d'eau a agi plus longuement ; il est donc nécessaire de concentrer avec plus d'insistance le jet de vapeur vers les parties où les tissus paraissent plus infectés.

La nécrose des tissus envahis par l'infection s'arrête toujours dès le début du traitement et les ouvertures qui donnent à l'anthrax l'aspect caractéristique d'un crible deviennent plus béantes.

Le commencement d'amélioration dans la condition de l'anthrax se manifeste non seulement par un état général plus satisfaisant, par une souffrance moins aiguë et par le fait que les tissus infectés sont moins durs, mais surtout par l'apparition d'une petite quantité de pus qui s'écoule lentement à travers les pertes de substance. En continuant les vaporisations, le pus augmente de quantité de jour en jour, et on pourrait même dire d'heure en heure, et la fièvre cesse invariablement quelques jours, ou, parfois, très peu de jours après l'apparition du premier pus.

Le pus se dépose spontanément sur la compresse. On en trouve toujours une quantité considérable chaque fois qu'on la renouvelle, et on peut du reste aisément en provoquer la sortie par de légères pressions sur les contours de l'anthrax. Il ne faut absolument pas faire de lavages, quels qu'ils soient.

Lorsque le traitement a été scrupuleusement effectué, la fièvre cesse et chaque trace d'infiltration aux alentours de l'anthrax disparaît au bout de deux ou trois jours dans les cas moins sérieux, au bout de 5 ou 6 jours lorsqu'il s'agit de cas plus graves ; le procès d'infection locale est fini. La chute des tissus mortifiés s'effectuée rapidement et la réparation ou restauration se fait, relativement, bien vite.

La guérison de l'anthrax est d'autant plus rapide que l'infiltration aura été plus superficielle et que le nombre de ses ouvertures est plus considérable. Dans les cas où les ouvertures sont peu nombreuses et étroites, et l'infiltration profonde, le traitement assure aussi la guérison, mais requiert quelques jours de plus, et l'élimination du pus dure plus longtemps. On a alors la formation d'une espèce de cavité d'abcès qui se comble rapidement aussitôt que le procès est fini.

Tous ces faits se produisent dans les anthrax qui n'ont pas été opérés. Dans ceux qui ont été traités par incision et qui ont continué, malgré cela, à s'étendre, le traitement par la vaporisation sert à en assurer la guérison beaucoup plus rapidement ; la réparation des tissus sera cependant plus lente à cause des vastes solutions de continuité déterminées par le bistouri.

Ma statistique se rapporte à une cinquantaine de cas ; depuis que j'ai adopté ce système je ne me suis plus servi du bistouri dans le traitement de ces affections. J'ai traité avec ce système non sanglant même les cas qui présentaient des symptômes graves et pour lesquels une prompte intervention avec les larges incisions ordinaires n'aurait admis la moindre discussion.

L'étude des cas que j'ai soignés m'autorise à déclarer, en conclusion, que la guérison suit *toujours* et *rapidement* dans toutes les formes, même les plus graves.

***

L'effet bienfaisant de ce système est dû à l'action de la chaleur considérable qui ne peut absolument pas être comparée à la chaleur humide des cataplasmes et des compresses. En effet, les cataplasmes et les compresses même en étant très chauds équilibrent toujours très vite, leur chaleur avec celle du corps et maintiennent constamment une chaleur d'environ 28° degrés, — qui est ce qu'il y a de mieux indiqué pour le développement des microbes.

Les vaporisations, au contraire, maintiennent pendant la durée entière de leur application une température qui, de 50°-55° à la surface, descend à 48°-45°-42° dans la masse des tissus infectés, température à laquelle les germes de l'anthrax (les staphylocoques) arrêtent leur vitalité et leur reproduction exubérante.

Sous l'action de la chaleur les résistances organiques augmentent et la vitalité des éléments défensifs et protecteurs de l'organisme s'élève. L'affluence de nombreux globules blancs vers le foyer d'infection — aussitôt que le déséquilibre entre le germe envahisseur et la force protectrice de l'organisme a été détruit, et que en conséquence l'apparition du pus a été constatée — est un des premiers symptômes d'une réaction victorieuse de l'organisme.

REVUE DE CHIRURGIE

Corps étranger de la face passé inaperçu pendant douze ans

Par M. le Docteur H. MORESTIN
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien des hôpitaux

Mlle P.. est venue me consulter pour une difformité de la paupière inférieure, dont on était bien loin de soupçonner la relation avec un accident dont elle avait été victime bien des années auparavant.

Mlle P..., âgée actuellement de vingt-trois ans, a été blessée en 1900, en heurtant violemment une vitre.

On put constater à ce moment une plaie de la région sous-orbitaire droite, plaie fort petite, mais qui saigna abondamment. Le médecin appelé à donner les premiers soins la considéra comme superficielle et bénigne et, de fait, elle guérit promptement sous un pansement très simple, sans avoir été suturée, et ne laissa que des traces très peu visibles. Si bien que la malade et ses parents finirent par ne plus attacher d'importance à cet accident et par l'oublier.

Quatre ans après, cependant, son souvenir leur revint en mémoire dans les circonstances suivantes :

Quelques douleurs et un gonflement de la lèvre supérieure semblèrent annoncer la formation d'un abcès au niveau de la gencive et de la partie adjacente de la lèvre supérieure à la hauteur des incisives droites. Mais, au bout de quelques jours, on put constater la présence d'une pointe acérée traversant la muqueuse buccale, au fond du sillon gingivo-génien.

C'était un fragment de verre dont on put faire l'extraction sans peine. L'orifice qui lui avait livré passage se referma très vite, ne laissant pour trace qu'une petite dépression à la partie supérieure de la gencive, au-dessus de l'incisive médiane droite.

Graduellement, à une époque que ni la malade ni ses parents ne peuvent préciser, mais en tout cas postérieurement à l'issue de ce fragment de verre, commença à se produire une difformité assez singulière. La paupière inférieure droite parut un peu plus épaisse que celle du côté opposé, un peu gonflée ; puis cette paupière perdit de sa mobilité. Un moment vint où elle parut fixée, retenue dans la profondeur par quelque attache mystérieuse. Le bord libre s'abaissa et n'arriva plus à se mettre en contact avec celui de la paupière opposée. En même temps, les cils s'infléchirent de plus en plus vers la conjonctive, provoquant une constante irritation de celle-ci se traduisant par de la rougeur et du larmoiement.

Au cours de l'année 1912, la difformité s'accentua encore, et les incommodités qui en résultaient augmentèrent en proportion.

Quand la malade vint me consulter au mois de novembre 1912, je constatai que la paupière inférieure était extraordinairement rétractée, dans sa moitié externe principalement, et qu'elle était absolument fixée au rebord orbitaire. En outre, le bord libre était complètement retourné en dedans, et les cils se trouvaient en contact perpétuel avec la conjonctive bulbaire, celle-ci étant fortement irritée et congestionnée par ce contact. L'occlusion des paupières était absolument impossible. Du côté des téguments de la paupière, on n'observait cependant rien d'anormal. La peau était souple, lisse et n'offrait aucune trace de cicatrice. Bien au-dessous de la paupière, on apercevait une vague ligne courbe légèrement blanchâtre qui indiquait la place de l'ancienne blessure, celle-ci n'ayant aucunement intéressé la paupière. Le cul-de-sac conjonctival inférieur n'existait pour ainsi dire plus. La conjonctive bulbaire se continuait presque directement avec le bord libre de la paupière, si bien que ce bord semblait collé au globe à la hauteur où devrait être le cul-de-sac.

A la palpation, je perçus une masse très dure occupant l'épaisseur de la paupière, à l'union de son 1/3 externe et de son 1/3 moyen et qui, au premier abord, semblait comme une apophyse détachée du rebord orbitaire. Cette saillie était fixe. A son niveau, la pression n'était pas douloureuse. Je fus frappé par sa forme presque rectangulaire et j'eus immédiatement l'impression, tant cette saillie et cette résistance étaient anormales, qu'il s'agissait d'un corps étranger, reliquat du traumatisme dont on m'avait fait le récit, et je pensai que la présence de ce corps étranger avait été la cause de la difformité, en raison de l'irritation chronique développée dans son voisinage.

En conséquence, je proposai d'aller à la recherche du corps étranger, dont la présence me semblait évidente, et après en avoir fait l'extraction, de corriger, dans la mesure du possible, la difformité qui était la conséquence de son long séjour dans l'épaisseur des tissus.

Le 17 *décembre* 1912, j'opérai Mlle P... de la manière suivante :

Une de mes préoccupations étant d'éviter une cicatrice visible, j'incisai la conjonctive immédiatement en arrière du bord libre de la paupière, en suivant ce bord ou plutôt l'ébauche du cul-de-sac inférieur, le léger sillon qui en indiquait la trace. Ce n'était pas très facile. J'étais, au contraire, extrêmement gêné par l'inversion de ce bord palpébral en dedans et la présence des cils. Pour y arriver, je commençai par fixer et attirer en dehors la paupière inférieure à l'aide de plusieurs fils de soie passés à travers la peau le plus près possible du bord libre. Je disposai ainsi de moyens de traction répartis en plusieurs points, très commodes à manier, et me laissant toute liberté d'agir dans le champ opératoire.

J'en fis autant pour la paupière supérieure. Je pus alors tracer avec netteté mon incision, lui donner toute l'ampleur nécessaire ; je traversai toutes les parties molles qui séparaient la conjonctive de la masse dure, laquelle me servait à la fois de point de repère et de but. Au bout de peu d'instants, je perçus le crissement du bistouri sur une surface dure et lisse et compris que mon diagnostic était exact, qu'il s'agissait bien d'un corps étranger et que ce corps étranger était bien un fragment de verre.

Après lui avoir frayé une voie suffisamment spacieuse, je pus le saisir avec une pince, et en faire l'extraction. Mais sa longueur dépassait de beaucoup tout ce que l'on aurait pu supposer. C'était un fragment long de 5 cent. 1/2, large à sa base de 6 à 7 millimètres, et à son autre extrémité de 1 millim. 1/2 : il offrait une épaisseur de près de 2 millimètres. Sa direction était verticale, la partie la plus large étant logée dans l'épaisseur de la paupière, le reste occupant les parties molles de la région sous-orbitaire, au voisinage immédiat du squelette.

Ce morceau de verre enlevé, la paupière devenait plus maniable, mais néanmoins demeurait encore très solidement adhérente au rebord orbitaire. Je sectionnai tout ce qui s'opposait à sa mobilisation et m'arrêtai seulement quand le voile palpébral se laissa docilement attirer en haut jusqu'au niveau où il devait pouvoir remonter normalement. Mais cette libération accomplie, la face postérieure de la paupière n'avait pour ainsi dire pas de revêtement conjonctival, au moins dans sa moitié externe et n'offrait qu'une surface cruentée assez irrégulière. La conjonctive bulbaire était heureusement intacte. N'ayant aucun espoir de réparer la perte de substance conjonctivale, je pensai que peu à peu pourrait se constituer spontanément un revêtement postérieur à la paupière et que, en tout cas, la seule indication était pour l'instant d'empêcher que cette paupière ne reprît son attitude vicieuse. Pour cela, j'avivai en arrière des cils le bord libre des deux paupières, et les suturai l'une à l'autre. Cette suture terminée, je constatai que la paupière inférieure avait repris ses dimensions et son aspect normaux.

Le lendemain, un notable œdème occupait les deux paupières, la partie antérieure de la tempe, la région de la pommette et la région sous-orbitaire. Mais la malade ne souffrait en aucune manière. Il n'y avait aucune rougeur de la peau, et la température était normale. Cet œdème disparut dans l'espace de 48 heures, les voiles palpébraux s'amincirent. On put constater chaque jour, avec une netteté plus grande, la mobilité de la paupière inférieure, sa souplesse. Bref, les suites furent très favorables. Au 7e jour, les points de suture furent retirés. L'accolement des paupières était obtenu.

Je laissai alors au temps le soin de réparer la doublure conjonctivale qui faisait défaut à la paupière inférieure. Mais peu à peu se reconstitua une bride dense et très dure à l'endroit où avait séjourné si longtemps le corps étranger, bride qui se rétractait, tendait à ramener la paupière en attitude vicieuse.

A deux reprises, je dus m'attaquer encore à cette bride. Me servant d'un ténotome extrêmement fin, glissé par une piqûre faite aux téguments au niveau du bord externe de l'orbite, je sectionnai les tissus fibreux qui fixaient la paupière. Celle-ci libérée, je l'attirais fortement en haut, à l'aide d'une série d'anses de soie passant au voisinage de son bord libre. Ces fils étaient ensuite fixés à la peau du front à l'aide d'un peu de collodion. Comme ils ne pouvaient demeurer en place plus de quelques jours, je maintenais ensuite la paupière inférieure relevée au moyen de bandelettes de leucoplaste. Ces petites opérations complémentaires eurent lieu le 11 mars et le 22 avril 1913. Enfin, au commencement du mois de juillet dernier, j'ai procédé à la désunion des paupières.

Cette observation nous paraît des plus intéressantes et des plus rares, non seulement à cause de la longue tolérance d'un corps étranger relativement volumineux, ce dont on pourrait rapporter de très nombreux exemples, mais en raison de l'étrange difformité graduellement engendrée par la présence de ce corps étranger. Il est très certain qu'elle s'est constituée peu à peu et qu'elle ne peut être interprétée que par l'inflammation chronique et la rétraction scléreuse des tissus, au voisinage du fragment de verre.

Il n'est pas douteux que ce corps étranger n'ait accompli une lente migration. La position qu'il occupait au moment de son extraction ne pouvait être celle qu'il occupait au moment de sa pénétration ; étant donné le siège de la plaie primitive, il est évident que sa présence dans l'épaisseur de la paupière inférieure n'aurait pas passé inaperçue pendant un temps aussi long si elle datait de l'époque du traumatisme. Ces déplacements sont d'ailleurs dans les habitudes des corps étrangers, et dans le cas particulier, on n'en saurait être surpris si l'on se souvient qu'un autre fragment de verre s'est peu à peu rapproché de la bouche pour être éliminé quatre ans après l'accident, par le sillon labio-gingival.

L'extraction du corps étranger par la voie conjonctivale est un petit point intéressant à signaler. Grâce à cette manœuvre, toute incision extérieure, toute cicatrice a été épargnée.

Il convient également de remarquer que la difformité est entièrement corrigée, et que si cette correction a nécessité beaucoup de patience, elle n'a exigé que des moyens simples. Les plaies conjonctivales se sont admirablement réparées derrière les paupières closes, et même il s'est fait une sorte d'autoplastie conjonctivale spontanée.

La section de la bride palpébrale au ténotome aurait été sans aucun doute absolument insuffisante, si l'on n'avait veillé avec beaucoup de soin à maintenir la paupière fortement relevée (1).

(1) Soc. de chir.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Un Cas de décollement de la rétine amélioré par la sclérectomie simple

Par M. le Docteur AURAND

En 1910, Bettremieux a préconisé devant la Société française d'Ophtalmologie son opération dite sclérectomie simple ou sclérectomie péricornéenne non perforante antiglaucomateuse dans la cure du décollement rétinien, et a rapporté six cas de guérison ou de notable amélioration sur neuf cas traités par cette méthode.

L'idée qui le guide est que le décollement de la rétine est souvent, contrairement à l'opinion courante, accompagné au début tout au moins d'une légère hypertension du globe due à une accumulation d'humeur aqueuse sous pression dans la chambre antérieure.

C'est ce qui résulte des constatations cliniques de Dransart, de Coppez (1887), de Nicati et des expériences de ce dernier auteur (1889) et de Boucheron (1893).

Depuis longtemps, en effet, ces divers auteurs avaient pu constater qu'une paracentèse faite dans des cas de décollement rétinien récent laissait échapper un véritable jet d'humeur aqueuse sous pression.

D'autre part, Nicati avait, dès 1889, provoqué expérimentalement le décollement rétinien en poussant une forte injection dans la chambre postérieure.

Enfin, vers la même époque, ce même auteur avait pu cliniquement réaliser pour ainsi dire l'expérience inverse. En effet, en pratiquant chez quelques malades atteints de décollement rétinien des ponctions de la chambre antérieure, il avait vu la rétine brusquement réappliquée. C'est pourquoi Nicati pense que certains décollements sont le fait d'une hypersécrétion d'humeur aqueuse s'insinuant entre la couche des bâtonnets et l'épithélium pigmenté de la rétine par une fuite du canal de Petit.

En 1893, Boucheron, en proposant l'iridectomie dans le traitement du décollement, obéissait à la même idée : combattre l'hypertonie persistante dans la chambre antérieure en provoquant la dialyse de l'exsudat rétinien à travers les membranes de l'espace extrachoroïdien.

C'est pourquoi Bettremieux, à son tour, tenta d'obtenir le même résultat à moins de frais par sa sclérectomie. En facilitant l'issue du sang veineux hors de l'œil dans la région du canal de Schlemm, cette opération abaisserait la tension des capillaires dans toute la partie antérieure du tractus uvéal, au niveau de laquelle débute en général le décollement rétinien, et faciliterait ainsi l'évacuation du liquide sous-rétinien.

Quel que soit le bien-fondé de cette explication pathogénique séduisante sur le mode d'action de la sclérectomie simple dans le décollement rétinien, c'est le résultat obtenu qui importe surtout. Or, bien que les traitements les plus divers du décollement aient des succès à leur actif, il ne semble pas que ce soit le fait d'un simple et heureux hasard d'obtenir par la même méthode six cas de guérison sur neuf. C'est donc une méthode digne d'être étudiée.

Aussi, nous a-t-il paru intéressant de rapporter à titre documentaire l'observation d'un cas de décollement rétinien où l'opération de Bettremieux a été suivie d'une amélioration certaine.

Observation. — Mme C..., âgée de 27 ans, domestique, se présente à ma consultation le 8 octobre 1912, se plaignant depuis plusieurs années de la diminution de la vision de l'œil droit.

On ne relève aucun traumatisme dans les antécédents, et sauf une crise de coliques hépatiques il y a six mois, la malade va bien actuellement. Elle ne présente dans les urines ni sucre ni albumine.

La vision de l'œil droit est quantitative, et il est impossible de prendre le champ visuel.

A la skiascopie l'œil droit, antérieurement myope, présente une hypermétropie de + 2 avec un astigmatisme de 1,50 à 90° à l'ophtalmomètre de Javal.

L'œil gauche présente à la skiascopie une myopie de — 5, D. avec une acuité de 0,8.

A l'examen ophtalmoscopique je constate un léger décollement rétinien inférieur assez transparent et très périphérique. La hulle est assez limitée, mais au-dessus d'elle se voient de nom-

breux plis rétiniens horizontaux. Le long des vaisseaux temporaux inférieurs la rétine est également soulevée sous forme de nombreux plis. Enfin la macula apparaît comme une large tache rouge entourée de petits tractus rayonnés gris très flous dns à des plicatures de la rétine soulevée.

Il ne s'agit pas là en effet des stries brillantes de l'étoile maculaire de la rétinite albuminurique.

Il n'y a pas de stapbylome postérieur, mais je constate dans l'extrême périphérie du quadrant inféro-externe une petite plaque blanche d'atrophie choroïdienne entourée de pigment.

On trouve également dans la partie supéro-interne du fond de l'œil quelques petites lésions de chorio-rétinite disposées en demi-cercle.

Dans la partie supéro-externe existent aussi quelques plis rétiniens, particulièrement le long des vaisseaux temporaux.

Comme traitement, je propose immédiatement à la malade une sclérectomie simple, mais, pour des raisons diverses, elle est obligée de remettre à plus tard cette opération, En attendant, je prescris de la révulsion locale et des frictions mercurielles.

Trois semaines plus tard, la vision ne s'étant pas améliorée la malade demande a être opérée,

Le 28 octobre 1912, je pratique donc la sclérectomie simple de Bettremieux suivant sa technique. Après avoir détaché la conjonctive au ras du limbe supérieur et l'avoir libérée de ses adhérences, j'enlève peu à peu, à l'aide d'un couteau de de Graefe et de la pince-crochet spéciale de Bettremieux, de petits copeaux sur une étendue de 1 centimètre. Cela fait, je pratique deux sutures conjonctivales latérales qui me permettent d'abaisser comme un rideau le lambeau conjonctival devant la partie supérieure de la cornée.

Le 5 novembre 1912, huit jours après, la malade guérie de l'opération voit mieux la main dans la moitié gauche du champ visuel. L'agrandissement du champ visuel est très net du côté nasal. A l'ophtalmoscope, je n'aperçois plus de bulle rétinienne, bien nette, mais une simple teinte un peu floue de la rétine.

Le 13 novembre, la vision de l'œil droit est de 3/50. Le 6 décembre, l'acuité remonte à 5/50.

Aujourd'hui, 3 mai, c'est-à-dire environ cinq mois après le dernier examen, l'acuité est de 6/50 et le champ visuel a conservé son agrandissement. En effet, une mensuration précise nous montre qu'il s'étend en dedans à 55°, à 65° et 75°, mais seulement à 25° en haut. Un nouvel examen ophtalmoscopique nous permet en effet de constater qu'il existe encore à l'extrême périphérie inférieure du fond de l'œil un petit décollement léger, transparent et assez limité qui correspond ainsi à l'encoche supérieure du champ visuel.

A la skiascopie l'œil est emmétrope.

Dans le reste du fond de l'œil, et particulièrement au-dessus de la région maculaire, on aperçoit une série de traînées grisâtres curvilignes superposées et suivant fréquemment le trajet des vaisseaux.

Tout à fait en dehors se voient de petits amas pigmentés placés devant les vaisseaux, puis une série de petites lésions chorio-rétiniennes disposées en demi-cercle pour rejoindre en bas une plaque d'atrophie choroïdienne que nous avions déjà signalée. Du côté interne, on trouve aussi une série de lésions chorio-rétiniennes suivant le trajet des vaisseaux nasaux supérieurs. Enfin on trouve aussi quelques petites traînées cicatricielles dans la partie supérieure du fond de l'œil.

En somme on peut dire que si le décollement n'a pas disparu entièrement, il a diminué dans de grandes proportions, comme le montre le champ visuel et comme l'indiquent les nombreuses cicatrices rétiniennes qui ne sont que les derniers vestiges du décollement guéri.

Malgré ce bon résultat, la vision centrale reste défectueuse et cela est dû très probablement à ce fait que nous avions déjà noté, que le décollement avait envahi la région périmaculaire.

Quoi qu'il en soit, on peut dire que le résultat obtenu après l'opération est resté stationnaire depuis plus de cinq mois, et ce résultat apparaît assez encourageant pour attirer l'attention sur cette méthode de traitement (1).

(1) Soc. d'opht. de Lyon.

REVUE DE PHYSIOLOGIE

Les Propriétés de l'albumine contenue dans les expectorations

Par H. ROGER

On sait que les expectorations des malades atteints de bronchite simple, aiguë ou chronique, ne renferment pas d'albumine. Si la bronchite est symptomatique d'une affection cardiaque ou d'une affection rénale, la recherche de l'albumine est souvent positive. Mais cette substance est surtout abondante quand le parenchyme pulmonaire est atteint ; qu'il s'agisse de tuberculose, de pneumonie ou de broncho-pneumonie, l'albumino-expectoration ou leucoptysie est constante.

D'où provient l'albumine qu'on trouve dans les crachats ?

Presque tous les auteurs lui assignent une origine hématique ; ce serait de l'albumine sanguine transsudée dans le poumon malade.

Les recherches que j'ai faites m'ont conduit à une tout autre conslusion : l'albumine des expectorations diffère de l'albumine du sang, au moins par ses propriétés dynamiques. C'est ce qu'on peut constater en injectant à des lapins, par la voie veineuse, des extraits de crachats provenant de malades atteints de tuberculose ou de pneumonie.

Pour préparer ces extraits, il suffit de prendre les expectorations et de les délayer dans de l'eau salée à 7 p. 1.000. Après avoir ajouté quelques gouttes d'acide acétique pour coaguler le mucus, on jette sur un filtre, on recueille le liquide qui passe et on le neutralise avec du bicarbonate de soude. L'extrait ainsi obtenu contient de 0 gr. 2 à 0 gr. 66 d'albumine pour 100. Injecté dans les veines, il provoque simplement une légère dyspnée. Il ne faut pas conclure qu'il soit inactif ;car, si l'on enregistre la pression artérielle, on observe un abaissement de la courbe ; la dépression varie suivant la dose introduite et suivant l'échantillon utilisé, mais le phénomène est constant et durable ; l'hypotension se prolonge de quinze à vingt minutes.

Les expectorations des tuberculeux et des pneumoniques renfermant constamment des peptones, on peut se demander si les effets observés ne dépendent pas de l'action exercée par ces substances sur la pression. Pour déterminer la valeur de cette objection, j'ai coagulé l'albumine en chauffant les extraits légèrement acidifiés.

Après filtration, j'ai obtenu un liquide qui, neutralisé par le bicarbonate de soude, donnait nettement la réaction du biuret. Injecté dans les veines, il provoqua un renforcement des systoles et, loin d'abaisser la pression, la fit monter légèrement.

Par comparaison, j'ai recherché l'action d'extraits préparés avec des crachats de bronchitiques ne contenant pas d'albumine. Comme il était facile de le prévoir, la pression n'a subi aucune modification.

Ce qui est plus intéressant, c'est une expérience faite avec les expectorations d'un cardiaque. L'extrait obtenu renfermait 0 gr. 03 d'albumine pour 100. Une dose de 18 c. c. contenant 0 gr. 0054 d'albumine fut injectée dans les veines d'un lapin de 1.830 grammes. On observa simplement une très légère élévation de la pression.

Enfin, je savais, par des recherches antérieures, que le sérum du sang humain, injecté dans les veines, ne modifie presque pas la pression. J'ai recommencé l'expérience avec le sérum d'un tuberculeux. Ce sérum était fort toxique et une dose de 6 c. c. entraîna la mort. Mais en injectant 4 c. c., l'animal a survécu et, malgré la forte proportion d'albumine qui avait été introduite, la pression n'a pas varié.

Conclusions. — Les recherches que je viens d'exposer brièvement me permettent de conclure que les extraits préparés avec les expectorations des malades atteints de tuberculose ou de pneumonie exercent sur la pression artérielle une action hypotensive.

Cette action semble due à l'albumine que renferment constamment ces expectorations ; car, après coagulation de cette substance, les extraits, bien que renfermant de la peptone, n'abaissent plus la pression, ils tendent, au contraire, à la faire monter.

Les injections de sérum sanguin ne modifiant pas la pression, on peut affirmer que l'albumine des expectorations diffère de l'albumine sanguine ; elle provient vraisemblablement du parenchyme pulmonaire qui renferme en effet des matières protéiques hypotensives.

Cette conclusion ne s'applique qu'aux expectorations des malades dont le parenchyme pulmonaire est atteint. Car l'albumine contenue dans les expectorations d'un cardiaque n'a pas produit les mêmes effets. Si ce dernier fait se confirme, il faudra distinguer deux grandes variétés de leucoptysie : l'une d'origine pulmonaire, l'autre d'origine sanguine (1).

(1) Soc. de biol.

CARNET DU PRATICIEN

Poudre contre les ulcérations de décubitus

Sous-gallate de bismuth	10 parties
Chlorhydrate de cocaïne	1 —
Benjoin en poudre	5 —
Amidon	20 —

Troubles nerveux de la ménopause

Insomuies, donleors nocturnes et foormillements pénibles daos les membres, rachialgie, céphalée particnlièrement rebelle, irritabilité psychique, etc., soot symptômes fréqnents au moment de la méoopause, ils inqoiètent les patientes et laisseot souvent le praticieo désemparé devant lenr téoacité.

1° Opothérapie ovarienoe.

Opothérapie ovarienne et opothérapie thyroïdienne associées ;

2° Bains alcalios tièdes et prolongés ;

3° Véronidia .... Un flacou

Matin et soir, uoe cnillerée à dessert dans nne tasse d'iufosiou de tillenl ;

4° Uo matio sor trois, remplacer la dose de Véronidia par un petit lavement à garder, préparé comme suit par le pharmacien :

Infusion concentrée de valériane	125 c.c.

Filtrer sur un linge fin et ajonter :

Extrait de belladoue	2 centigr.
Bromnre d'ammouium	2 grammes

Aménorrhée chlorotique

Preodre chaque jour quatre à hnit des pilules :

Safran de mars apéritif	0 gr. 10
Poudre d'aloès	0 gr. 10
Poudre de safran	0 gr. 15
Extrait d'armoise	Q. s.

Pour une pilule non argentée, n° 40.

Prendre eo plus, entre les repas, deux comprimés de Fandorine.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. ZANTE

Union Fédérative des Médecins de la Réserve ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE

L'Union Fédérative a tenu ses réunions annuelles les 12 et 13 décembre 1913.

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE de la Société a eu lieu le vendredi 12 décembre, à 4 h. 1/2, dans le salon d'honneur du Cercle militaire, sous la présidence de M. le professeur agrégé Walther, chirurgien de la Pitié, président de la Société, assisté de M. le sénateur Reymond, vice-président, et des membres du Bureau : environ 70 de nos camarades, tant de Paris que de la province étaient présents. Dans son allocution annuelle, le Président, constatant le succès de l'Union Fédérative, a fait ressortir les avantages qui résultent, pour ses membres, de la reconnaissance de l'Union comme Ecole annexe d'Instruction du Service de Santé en campagne. Le secrétaire général, Louis Tollemer, dans son rapport moral annuel, a retracé la marche brillante de la Société dans l'année écoulée ; enfin, le trésorier, Dr Brodier, a présenté son compte-rendu financier et constaté l'état satisfaisant des finances confiées à son habile gestion.

Après les élections annuelles, l'assemblée a discuté et adopté le vœu suivant, concernant le rôle si important du sous-officier d'infirmerie :

« L'assemblée générale émet le vœu : Que le sous-officier d'infirmerie, dans toutes les armes, soit admis, lorsqu'il le mérite, à bénéficier de l'avancement qui, d'après les règlements actuels, est réservé aux sous-officiers des unités du corps et des autres services, et qu'il soit maintenu dans son service de l'infirmerie avec son nouveau grade. »

Ce vœu sera transmis à qui de droit. Dans la discussion qui a eu lieu, plusieurs médecins principaux et médecins-majors du cadre actif ont cité des cas topiques de sous-officiers qui, chargés depuis quatorze et quinze ans et davantage du service de l'infirmerie, s'en acquittent à la satisfaction générale, mais ne peuvent être nommés au grade supérieur et, dégoûtés par ce déni de justice, quittent l'armée.

Une autre discussion eut lieu, sur une motion de M. le Dr Terrier, concernant l'état de l'habillement et les conditions d'habillement des médecins des réserves : cette motion fut renvoyée à une Commission.

LE CONGRÈS ANNUEL DE MÉDECINE MILITAIRE suivit l'assemblée générale. Les questions soumises à la discussion étaient : 1° *Etude d'un programme de l'Instruction à donner aux médecins auxiliaires ;* 2° *Durée des cours et matières à étudier.* Les rapports de MM. les médecins-majors de 1re classe Dercle et Visbecq avaient été imprimés et envoyés quinze jours avant à tous les membres de l'Union. La discussion à laquelle prirent part : M. le sénateur Reymond, M. le médecin principal de 1re classe Hublé, MM. les médecins majors Legrand, Visbecq, Dercle, Reverchon, MM. Tollemer, Walther, Helme, Coyon, etc., se termina par le vote du vœu suivant :

« Le Congrès adopte en principe les conclusions des rapports de MM. Dercle et Visbecq : il demande que la deuxième année de service *tout entière* soit consacrée à l'instruction médico-militaire du médecin auxiliaire ; que la période d'instruction théorique soit portée à trois mois et que, pendant le reste de cette année, les médecins auxiliaires soient maintenus dans la garnison où réside le médecin-chef de service du corps et sous ses ordres immédiats. »

LE BANQUET a eu lieu à l'Hôtel Continental, le samedi 13 décembre, sous la présidence d'honneur du Ministre de la Guerre, qui s'était fait représenter par M. le médecin principal de 1re classe Dupard, et sous la présidence de M. le médecin inspecteur général Chavasse, membre du Comité technique de santé ; MM. les médecins inspecteurs Troussaint, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre ; Salle, directeur du 6e corps ; Wissemann, directeur du 5e corps ; le pharmacien inspecteur Rœser, Viry, étaient présents, ainsi que le médecin principal de 1re classe Boisson, directeur de l'Ecole d'Instruction du Gouvernement militaire de Paris ; les médecins principaux de 1re classe Godet, directeur du Service de Santé du 9e corps ; Hublé, Fasquelle, Lègues ; M. le lieutenant-colonel Sabatier, représentant le gouverneur militaire de Paris ; le lieutenant-colonel Arnaud, professeur à l'Ecole de guerre : le colonel Gouin, président de la Société Polytechnique militaire, etc. Une centaine de médecins tant du cadre actif que du cadre auxiliaire ont vivement applaudi les discours de M. Walther, président de l'Union Fédérative, et de M. le médecin inspecteur général Chavasse, président du banquet.

ÉCHOS

Une enfant de huit ans en colis postal.

Julia Kolsan, âgée de 8 ans, d'origine bavaroise, est arrivée, sous forme de colis postal, à New-Lexington (Ohio) et a été livrée en bon état à son père par le facteur. La fillette avait été expédiée de New-York, avec un écriteau portant la mention suivante : Cette fillette, Julia Kolsan, va retrouver son père, Jean Kolsan, boîte 117. R. F D, n° 4 à New-Lexington. » Depuis la Bavière l'enfant avait été confiée aux bons soins de la poste. Son voyage de 7.000 milles (11.265 kilomètres) en colis postal ne paraît avoir altéré en rien ni sa santé, ni sa bonne humeur.

L'importation des herbes d'absinthe.

Le conseil général du Doubs, dans sa dernière session, a émis un vœu demandant une enquête sur l'importation exagérée des herbes d'absinthe de Suisse en France. M. le ministre des finances vient de faire connaître les résultats de cette enquête.

« Depuis longtemps, l'administration des finances s'est préoccupée de l'augmentation des importations de plantes fraîches d'absinthe provenant de la zone de 10 kilomètres qui bénéficient de la franchise.

Tout récemment, le 24 septembre dernier et avant d'avoir été saisie de la question par le préfet du Doubs, elle appelait l'attention de M. S. Pichon sur le préjudice résultant de cette situation pour la culture natoinale.

L'affaire est suivie par le département des affaires étrangères.

L'importation par le bureau des Verrières, qui était de 9.200 kilogrammes en 1909, s'est élevée à 21.004 kilogrammes en 1910, à 61.690 kilogrammes en 1911 et 57.149 kilogrammes en 1912. »

La protection du soldat de vingt ans

Dans sa dernière séance la Société de prophylaxie sanitaire et morale a voté, sur la proposition du docteur Grandjux, la résolution suivant :

« La Société française de prophylaxie sanitaire et morale considérant, d'une part, que l'on vient d'avancer d'un an la date de l'incorporation des recrues, d'autre part, que plus les soldats sont jeunes, moins ils savent se défendre contre les embuches que les entourent et les conduisent à la syphilis, à l'alcoolisme et au Conseil de guerre :

Estime qu'il est nécessaire d'aider les jeunes soldats à éviter ce péril.

Préconise dans ce but les trois moyens suivants :

1° Donner au soldat le moyen de conserver au quartier la petite valise, contenant ses affaires personnelles, qu'il est obligé sans cela de confier à un cabaret du voisinage, dont il devient ainsi le client forcé.

2° Assurer — surtout en ce qui concerne les casernes que l'on vient de construire — la stricte application de la mesure qui permet d'établir autour des établissements militaires une zone de protection morale, dans laquelle il est défendu d'ouvrir des cabarets.

3° Inviter la Croix-Rouge à établir — principalement dans les nouvelles garnisons — des maisons du Soldat, où celui-ci pourrait passer ses heures de liberté en se croyant presque dans sa famille.

Décide que ces propositions seront présentées à M. le ministre de la Guerre, à M. le ministre de l'Intérieur, et aux trois Sociétés de la Croix-Rouge (Société de secours aux blessés, Association des Dames françaises, Union des Femmes de France). »

L'Epidaure artistique et littéraire

Sous le patronage du professeur Ch. Richet, de MM. Renaut, Beaunis, Maurice de Fleury et André Couvreur, il vient de se fonder à Lyon une société qui porte le nom d'*Epidaure artistique et littéraire.* Cette société se propose de grouper les médecins auteurs ou amateurs d'ouvrages artistiques et littéraires. Une revue qui portera son nom servira de lien entre les sociétaires, elle ne s'occupera que d'art et de littérature.

Toutes les communications relatives à la Société doivent être adressées à M. le docteur Giuliani, 61, cours de la Liberté, à Lyon.

Hôpital de Perpignan.

On vient d'inaugurer au nouvel hôpital de Perpignan, un groupe « Caritas », de Raymond Sudre. La Charité est représentée sous les traits d'une jeune femme en costume catelan : de sa main droite elle tient un nouveau-né qu'elle presse contre son sein, tandis que sa tête s'incline et qu'elle dépose sur le front de l'enfant un baiser maternel ; de la main gauche, elle soutient d'un geste protecteur une jeune fille éplorée qui l'enlace.

Un vieillard s'agenouille à ses pieds et lui baise la robe.

L'ensemble est du plus heureux effet ; chaque détail est un poignant poème. Avec un art consommé, d'une poésie exquise, l'artiste a su varier les expressions de ses personnages ; la « Charité » est belle, douce, affectueuse avec noblesse ; la jeune fille dit son désespoir que bientôt chassera l'espérance ; le vieillard fatigué dit son impuissance et demande secours.

C'est bien là le groupe qui convenait à la porte d'un hôpital : à ceux qui y viendront chercher refuge, il sera comme le sourire d'un ami accueillant, il dira courage ! Ici on est bon et on vous aime. A. F.

Cours d'instruction du service de santé

Un cours d'instruction et des exercices d'application sur le service de santé en campagne auront lieu, pour les médecins, pharmaciens et officiers d'administration du service de santé de réserve et de territoriale, aux dates ci-après :

1° Cours d'instruction. — 1re série : du 15 au 24 janvier 1914. 2e série : du 9 au 18 mars.

2° Exercices d'application du 1er au 4 avril 1914.

Le programme d'enseignement du cours d'instruction comprend :

a) Des conférences théoriques et des démonstrations pratiques.

b) Des exercices spéciaux d'application.

Ces conférences seront faites à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce et les exercices spéciaux d'application auront lieu, suivant les cas, soit aux Docks du service de santé à Vanves, soit au quai de la Rapée (Dépôt de la 22e section d'infirmiers militaires).

En dehors des officiers du corps de santé normalement convoqués pour suivre le « Cours d'instruction », pourront également y prendre part, à titre bénévole, ceux qui en feront la demande, un mois avant l'ouverture, au Directeur du service de santé de la région de Corps d'armée à laquelle ils sont affectés.

Syndicat des médecins de la Seine

Le Syndicat des médecins de la Seine vient de procéder, pour 1914, à la nomination de son bureau qui est ainsi constitué :

Président, M. Leredde ; Vice-Présidents, MM. Baron et Saltas ; Secrétaire général, M. Tourtourat ; Secrétaires généraux adjoints, MM. Lamare et Lafontaine ; Trésorier, M. Bongrand ; Directeur des accidents du travail, M. Lamare ; Directeur des recouvrements et contentieux, M. Quidet ; Directeurs de l'exercice illégal, MM. Armand Lévy et Patry ; Secrétaire des sections, M. Pamart ; Archiviste, M. Hurtaud.

Nos félicitations à notre ami Leredde.

Autour de la Croix-Rouge

A la suite de la promulgation de la loi qui interdit l'emploi de la Croix-Rouge par des particuliers ou des sociétés, certains journaux ont créé une confusion en disant que les enseignes situées à Paris au carrefour de la Croix-Rouge devaient rappeler le souvenir de la Croix-Rouge.

Il n'en est rien. Les croix rouges qui servent d'enseigne dans ce coin bien connu des Parisiens rappellent simplement le souvenir d'une croix rouge qui, élevée sur le carrefour de la Maladrerie, fut abattue au milieu du XVIIe siècle. Le carrefour fut appelé en 1793 carrefour du Bonnet-Rouge.

La Croix-Rouge doit son nom à la ville de Genève qui, dans ses armes, porte une croix rouge sur fond blanc. C'est un hommage qui fut rendu à la ville où siégea la conférence du 22 août 1864 et celle du 6 juillet 1906.

84e Année (Série XIIIe) — N° 230 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 31 Décembre 1913

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram { 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale.... .. 15 fr.
Editions Espagnole, Portugaise et Italienne } 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

CHANTEMESSE, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
LANDOUZY, Doyen de la Faculté, Prof. de Clinique Médicale, Membre de l'Académie de Médecine
RECLUS, Professeur de Clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de Médecine
RICHET, Professeur de Physiologie à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
ALBERT ROBIN, Professeur de Clinique Thérapeutique, Membre de l'Académie de Médecine
BALZER, Médecin de l'Hôpital St-Louis, Membre de l'Acad. de Médecine
BAZY, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon, Membre de l'Acad. de Médecine
BEURNIER, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
DESGREZ, Professeur de Chimie Médicale à la Faculté de Médecine
SEBILEAU, Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière, Membre de l'Académie de Méd.
VAQUEZ, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
CHASSEVANT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
MARIE, Médecin en chef de l'Hospice de Villejuif
MONPROFIT, Professeur à l'Ecole de Médecine d'Angers

DIRECTEUR
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut
Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Exposition Bruxelles 1910
Vice-Prés. de cl. Expos. Gand 1913
Ancienne *Gazette de Sante* (140e Année)

Sommaire du Numéro du 31 Décembre 1913

A nos Abonnés.

Nous prions nos abonnés résidant à l'étranger de bien vouloir nous faire parvenir, à la réception de ce numéro, le montant de leur abonnement pour l'année 1914, soit 15 francs.

Nous prions ceux de nos abonnés résidant en France, de bien vouloir réserver bon accueil à la quittance d'abonnement que nous mettons en recouvrement, ceci pour éviter toute interruption dans le service du journal.

ÉCHOS

Les victimes du devoir professionnel

On annonce la mort de M. le docteur Henri Simon, chef du service radiographique de l'hôpital national de Genève. Notre confrère vient de mourir, à l'âge de quarante-cinq ans, des suites d'une radiodermite dont on n'avait pu arrêter les progrès, malgré trois amputations successives de la main puis du bras gauche. Jusqu'au dernier moment, M. Henri Simon avait tenu à rester à son poste.

— Le corps de l'internat des hôpitaux de Paris compte une nouvelle victime du devoir.

M. Louis Théry, interne à l'hôpital Tenon, vient de succomber à l'âge de 27 ans, malgré les soins dévoués de son maître, M. le Dr Macaigne, et de ses collègues, aux suites d'une fièvre typhoïde contractée dans son service hospitalier.

Hommage au docteur Lucas-Championnière.

Le Conseil municipal de Paris, sur la requête présentée par M. Paul Fleurot au nom de la 4e commission, vient de prononcer le renvoi à l'administration d'une pétition de divers signataires, membres de l'Académie de médecine. tendant à ce que le nom du Dr Lucas-Championnière soit attribué à une rue de Paris.

La Maison du médecin.

La mort de M. Hérard met en deuil la «Maison du Médecin», dont il était un des bienfaiteurs. A plusieurs reprises, le vénéré maître avait témoigné toute sa sollicitude pour cette œuvre de solidarité confraternelle.

La « Maison de Médecin » fut pour ainsi dire une des dernières pensées de cet homme de bien ; il lui tardait qu'elle soit inaugurée. C'est ainsi qu'il avait fait des démarches personnelles auprès de la Compagnie de Lyon pour qu'elle organisât un train spécial. Ses dernières volontés stipulent un don de 2.000 fr. à la « Maison du Médecin » pour les frais d'inauguration.

Dans sa dernière réunion, le Conseil d'Administration de la Société a rendu hommage à la mémoire du maître qui écrivait quelques jours avant sa mort : « A quatre-vingt-quatorze ans, à qui voulez-vous que je pense, si ce n'est aux autres ? »

Le Conseil a levé la séance en signe de deuil et décidé que le nom d'Hérard serait perpétué sur la liste des bienfaiteurs de l'œuvre.

Au ministère de la Marine.

Un arrêté de M. Monis, ministre de la marine, vient de nommer le docteur Le Moignic chef-adjoint du cabinet du ministre, chargé des affaires civiles.

Secret professionnel

Le médecin qui a dressé un certificat médical en vertu d'un mandat qu'il tient de la loi, notamment celui qui, en matière d'accidents du travail, a délivré le certificat qui doit être joint à la déclaration d'accident, peut-il être entendu comme témoin sur les faits qu'il a constatés ou qui sont parvenus à sa connaissance, dans l'accomplissement de son mandat?

Il ne peut à cet égard ni se retrancher derrière le secret professionnel, ni être reproché comme ayant donné un certificat sur les faits relatifs au procès.

Il est tenu, au contraire, en vertu du secret professionnel, de ne pas divulguer les faits parvenus à sa connaissance en sa qualité de médecin privé en dehors de l'accomplissement de sa mission légale

Enquête de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

La Statistique Sociale

Dans nos numéros des 10 juillet, 5 novembre, 3, 10 et 17 décembre 1913, nous avons commencé la publication des documents que nous avons recueillis sur la question si importante de la statistique sociale, question posée naguère par M. André Gent devant le Conseil municipal de Paris.

Nous continuons aujourd'hui à présenter au public les réponses qui nous sont adressées, réponses dont le grand intérêt ne saurait échapper à personne.

Le Président du Conseil Général d'Administration des Hospices civils de Lyon à M. le Directeur de la *Gazette Médicale de Paris*, 9, rue Denis-Poisson (Paris, XVIIe).

Par votre lettre reçue le 8 courant, vous avez bien voulu me demander mon avis sur la proposition déposée par M. Gent, conseiller municipal de Paris, et tendant à l'organisation d'une statistique sociale qui traiterait de toutes les questions relatives au chômage, salaire, accidents du travail, apprentissage, maladies contagieuses et professionnelles, transports, etc...

J'ai l'honneur de vous faire connaître que, sur la demande de M. le Préfet et de concert avec lui, l'administration des Hospices de Lyon s'occupe actuellement d'organiser une statistique sur ces mêmes questions.

Le Président du Conseil,
T. Diederichs.

Le Commerce du Gui

On sait que le gui ou *viscum album* qui a été souvent employé en thérapeutique, est l'objet d'un commerce assez considérable vers l'époque de Noel.

Il résulte des indications fournies au ministère du commerce que pendant les mois d'octobre, novembre et décembre, de petites quantités de gui sont exportées en Angleterre, en vue de la décoration des appartements. Ce gui provient presque exclusivement de la Manche, du Calvados et de l'Ille-et-Vilaine ; l'exportation a lieu par les ports de Dieppe (1.230 quintaux en 1912), le Tréport (190 quintaux), Honfleur (311 quintaux), Cherbourg et Saint-Malo.

Quelques expéditions ont lieu également, à la même époque de l'année, de ces départements vers certaines villes de France, notamment Rouen, le Havre, Toulouse et Paris.

A Paris, le gui ne se vend aux Halles que pendant le mois de décembre, à l'occasion des fêtes de Noel et du Jour de l'An. Pendant cette période, près de 500 têtes ou touffes sont apportées sur le marché. Toutefois, cette quantité ne représente qu'une partie du gui vendu à Paris, car un certain nombre de marchands en vendent dans les rues sans passer par les halles.

La valeur marchande du gui est très faible, elle oscille entre 6 et 8 francs le quintal et elle atteint exceptionnellement 10 à 12 francs quand il s'agit de très belles touffes présentant de nombreuses baies. Mais les prix de vente au détail pratiqués aux halles de Paris sont beaucoup plus élevés ; ils sont, en moyenne. de 90 centimes le kilogramme pour le gui de pommier, qui est le plus estimé, et de 40 centimes pour celui de peuplier. Certaines touffes bien conservées peuvent atteindre même le prix de 10 à 12 francs

7 grammes de radium dans le monde!

Un tout dernier recensement des quantités de sels de radium existant à l'heure actuelle dans les différents laboratoires scientifiques ou médicaux du globe vient de nous montrer qu'il n'y a pas plus de 6 à 7 grammes de radium métallique dans le monde entier.

L'industrie du radium est née en 1899 sous l'impulsion, de Pierre Curie. Dans une conférence faite à la Société des ingénieurs civils, M. Paul Besson vient de rappeler que depuis cette époque jusqu'en 1904 on put retirer de 13 tonnes de résidus de pechblende environ 2 à 3 grammes de radium qui servirent surtout à approvisionner le laboratoire des Curie.

Mais une loi antrichienne vint interdire l'exportation des minerais radioactifs de Joachimsthal. Le radium fut alors extrait en France de minerais beaucoup plus pauvres ne contenant que d'un demi à deux milligrammes de radium à la tonne, comme les *antunites*, qui viennent du Portugal, ou les *carnotites*, qui sont originaires du Colorado, alors que les résidus de perchblende contenaient de 100 à 200 milligrammes de radium à la tonne.

En ces dernières années, l'Autriche n'a pas traité plus de 3 à 4 tonnes de pechblende par an, en retirant annuellement moins d'un gramme de radium.

L'Amérique et l'Angleterre ne produisent pas encore de sels de radium. C'est la France qui détient actuellement le contrôle de la production et du marché du précieux métal.

Le prix d'un gramme de bromure de radium hydraté oscille autour de 400.000 francs, ce qui donne au gramme de radium métallique pur une valeur de 780.000 francs environ.

Les principaux détenteurs de radium sont Mme Curie, dont le laboratoire possède de 2 gr. 6 à 3 grammes de radium, et sir Ernest Cassel de Londres.

Le radium est d'ailleurs un élément parfaitement défini, dont un étalon a été déposé par Mme Curie au bureau international des poids et mesures, au pavillon de Breteuil.

Quant aux applications du radium, elles sont connues. En dehors de son emploi en médecine et en thérapeutique, son usage industriel se répand de plus en plus. On a pu réaliser avec ce métal des appareils permettant la mesure du potentiel d'un conducteur à distance, sans contact. Enfin, en soierie, on a employé le radium pour désélectriser non seulement les fibres textiles, mais encore les organes des machines.

Les amulettes en Egypte

Le Docteur Abd-el-Aziz Nazmi Bey, du Caire, écrit à la *Revue de puériculture* la note suivante relative à l'usage des amulettes en Egypte :

« Le nombre des médailles, porte-bonheur, amulettes est chez les femmes ignorantes du peuple, en Egypte, on ne peut plus considérable.

« En effet, les mères ayant eu le malheur de perdre un ou plusieurs de leurs enfants, croient au « mauvais œil » et pour chasser le « mauvais œil » et garantir leur nourrisson contre tout danger de mort, elles emploient les objets les plus hétéroclites dont elles entourent la ceinture ou le cou de l'enfant. Plus une mère perd d'enfants, plus elle entoure son nouveau nourrisson de médailles, amulettes, talismans de toutes sortes dont la liste est indéfinie.

« L'ignorance et la bêtise d'une mère en Egypte se mesurent d'après le nombre d'amulettes que porte son nourrisson.

« On peut diviser ces amulettes en deux catégories : la première est celle des talismans écrits, c'est-à-dire des papiers sur lesquels un prêtre ou tout homme réputé pieux, écrit des phrases du Coran ou des paroles saintes espérant que ces paroles préserveront le nourrisson des maladies, des démons et du mauvais œil. Souvent des fumistes abusent de la crédulité et de l'ignorance des mères en n'écrivant sur les papiers que des lettres de l'alphabet détachées ou des signes cabalistiques qui n'ont aucun sens.

« La deuxième catégorie d'amulettes est celle des objets qui, d'après les vieilles femmes, ont le don de préserver le nourrisson de tout mal, même de la mort (?). Ces objets sont innombrables : médailles en or, en argent, en cuivre ; croix (même chez les musulmans) ; corne en os, en ivoire ; petits sabots en bois ; bracelets en fer (fabriqués par un ferronnier dont le père et le grand'père sont ferronniers) ; boutons de veste de soldat, etc., etc.

« Heureusement, ajoute le docteur Abd-et-Aziz Nazmi Bey, que l'instruction de la femme en Egypte commence à se développer et dissipe peu à peu les ténèbres de ces superstitions.

Poissons toxiques à laitances vénéneuses

Si les poissons vénéneux sont connus depuis fort longtemps, on connaît beaucoup moins ceux dont les glandes génitales contiennent des toxines, pouvant provoquer des empoisonnements et cela seulement à une certaine période de l'année.

Depuis 1882, les médecins russes et japonais se sont occupés de cette question, après avoir observé des symptômes d'intoxication après l'ingestion de poissons provenant des côtes du Nippon et appartenant aux espèces *Tetradon* et *Orthagoriscus*. Les toxines se trouvent dans le cerveau, dans le foie et surtout dans la laitance et les ovaires de ces poissons, tandis que la chair est absolument inoffensive et peut être consommée sans inconvénients.

L'effet toxique semble bien se localiser spécialement dans les ovaires et dans les testicules de ces poissons, dont d'autres espèces vivent dans les eaux du Cap et de la Nouvelle-Calédonie. La matière vénéneuse ne provient pas de la putréfaction de ces organes, car ceux-ci sont toxiques, même à l'état absolument frais, Plusieurs observations d'intoxication ont été rapportées à l'ingestion de certains poissons de rivières asiatiques. Les glandes génitales de ceux ci, de même que leur chair, une fois ingérées, provoquent des troubles gastro-intestinaux, le collapsus et la mort. La chair devient inoffensive après la cuisson, tandis que les œufs et la laitance conservent leur toxicité après un séjour de six mois dans l'alcool.

La toxine des *Tetrodon* a son siège principal dans les ovaires, ce qui explique la prédominance des accidents pendant la saison du frai, en avril et mai. Elle paralyse les animaux en expérience et paraît avoir une affinité particulière pour les centres bulbaires. Ce ne serait ni un ferment organisé, ni une base inorganique.

En somme, tous les chercheurs sont d'accord quant au siège de cette toxine ; le foie et les testicules sont généralement moins toxiques que les ovaires, et les muscles ne recèlent presque jamais de principes nocifs. La chaleur peut détruire cette toxine mais il faut prolonger l'ébullition pendant trois heures au moins pour aboutir à sa destruction parfaite.

Il se produit au moment du frai, normalement, une altération morbide spéciale qui est la véritable cause de la toxicité des organes génitaux de ces poissons. Le maximum de la toxicité coïncide avec le maximum d'activité des glandes.

C'est la un phénomène analogue à celui qu'on observe dans les muscles des animaux surmenés, que l'on voit devenir dans certaines circonstances de chasse un véritable poison.

On n'a pas rencontré jusqu'ici des poissons toxiques dans les eaux des côtes de France. Les accidents qu'on a observés en Europe après l'ingestion de poissons, étaient dus, soit à l'état de putréfaction, soit aux infections bacillaires de ces animaux.

LA PSYCHOLOGIE DES ALCOOLIQUES

Valeur de la Psychothérapie DANS LE TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME

Par M. le Docteur BÉRILLON
Professeur à l'École de psychologie
Médecin inspecteur des asiles d'aliénés

La conception de l'alcoolisme envisagé comme maladie sociale a donné lieu à un grand nombre de propositions ayant pour objet d'en atténuer les effets et d'en limiter la propagation. Mais comme il arrive d'ordinaire, en se plaçant à un point de vue trop général, on a négligé les côtés les plus importants de la question. En particulier, on a fini par se désintéresser du traitement individuel des alcooliques.

Un des travers les plus communs de l'esprit humain est d'aborder la solution des problèmes sociaux par les systèmes les plus compliqués. Dans la lutte contre l'alcoolisme, absorbés par la préoccupation d'élaborer des mesures législatives capables d'enrayer la marche croissante du fléau, les moralistes et les sociologues n'accordent aucune attention aux interventions individuelles. Le salut des individus, considérés isolément, ne leur paraît pas mériter d'entrer en ligne de compte. Ce qu'ils veulent, c'est, par une loi plus ou moins draconienne, débarrasser d'un seul coup l'humanité du poison destructeur qui la menace dans sa conservation et dans ses *œuvres vives*.

Pendant longtemps, j'ai partagé la confiance de ceux qui, pour réprimer les progrès croissants de l'alcoolisme, croient à l'efficacité de l'action des pouvoirs publics. Peu à peu, mes illusions se sont dissipées, et je suis actuellement arrivé à cette conclusion que consacrer ses efforts à la méthode des cures individuelles est encore le meilleur moyen d'arriver à des résultats pratiques.

La guérison réelle et définitive d'un alcoolique invétéré est un fait positif. Il constitue pour la propagande anti-alcoolique un argument d'une valeur indiscutable. Il démontre, en effet, l'inanité du préjugé, si répandu, que le buveur, entraîné sur une pente fatale, ne doit plus compter sur la rédemption. « Qui a bu, boira ! » Telle est la formule par laquelle tant d'hommes sont condamnés à l'enlisement définitif, alors que, par un traitement bien dirigé, ils eussent pu reprendre une place honorable dans leur famille et dans la société.

La question de l'alcoolisme est assurément d'ordre social, mais pour peu qu'on y prête quelque attention, on reconnaîtra qu'elle est surtout d'ordre psychologique.

En effet, comment ne pas être frappé de ce fait que, les conditions d'existence et de milieu étant les mêmes, les uns cèdent à l'entraînement vers l'alcool, tandis que les autres sont capables de s'y soustraire. C'est que la résistance mentale aux impulsions n'est pas la même chez les uns et chez les autres.

Une observation prolongée au dispensaire anti-alcoolique de Paris, pendant une période de dix années consécutives, m'a démontré que l'état psychologique des buveurs présentait un certain nombre de particularités par lesquels s'expliquent leurs défaillances.

Les trois éléments fondamentaux dans lesquels la personnalité du buveur se trouve en déficit sont : le jugement, la volonté et l'énergie motrice.

Chez tous les alcooliques invétérés on constate de l'aphronie, de l'aboulie et de l'apathie.

A l'aphronie se rattachent les idées erronées sur l'utilité et sur la valeur des boissons alcooliques. Il n'est pas un buveur qui ne considère l'usage des boissons fermentées ou distillées comme indispensable à sa santé. L'idée que le vin ou l'alcool sont nécessaires à celui qui travaille est si profondément gravée dans leur esprit qu'aucun argument ne saurait les désabuser.

La conviction de l'utilité des excitants alcooliques s'étaye sur un grand nombre d'exemples, de raisonnements, d'opinions admises comme articles de foi.

Les objections opposées par les buveurs lorsqu'on essaye de les convaincre de la nécessité de la tempérance puisent leur source dans les considérations les plus inattendues. Certains vont même jusqu'à se retrancher derrière des prétextes d'ordre théologique et religieux. Ainsi un Canadien français, de religion catholique, qui s'enivrait quotidiennement avec du vin, trouvait sa justification dans le fait que les prêtres usent de cette boisson dans la célébration de la messe. Quand les curés, disait-il, ne boiront plus de vin au moment de l'élévation, je cesserai aussi d'en boire. Si c'était un défaut de boire du vin, ils ne nous donneraient pas l'exemple. Il me serait facile, par de nombreux faits, de démontrer, jusqu'à quel degré d'infériorité peut descendre la faculté du jugement chez les buveurs d'habitude.

Les motifs sur lesquels se base leur fidélité au culte de l'alcool et du vin sont souvent puérils et dépourvus de tout bon sens. Ils ont leur origine dans l'initiation alcoolique à laquelle ces buveurs ont été soumis dès leur plus tendre enfance.

Leur manière d'apprécier et de raisonner est celle du milieu dans lequel ils ont passé leur existence. Dans certains pays, discuter les mérites du vin constitue, de nos jours, le pire des blasphèmes. Un candidat, assez audacieux pour signaler dans une profession de foi les inconvénients auxquels peut donner lieu l'abus du vin, serait assuré de rencontrer, de la part de la plupart de ses coreligionnaires politiques, un accueil plutôt réservé.

Il ne faudrait pas croire que les défaillances du jugement chez les buveurs d'habitude soient la conséquence de leur intoxication. Un examen approfondi des antécédents personnels démontrerait, au contraire, que, même avant d'être intoxiqués, les alcooliques n'ont jamais brillé par la sûreté ni par la valeur de leur jugement. Reconnaissons cependant que sous l'influence de la moindre dose d'alcool, l'infériorité des facultés de cogitation se trouve encore accentuée.

Si, à n'en pas douter, les alcooliques laissent beaucoup à désirer au point de vue du jugement, ils ne sont pas mieux doués au point de vue de la volonté. Le syndrome *aboulie* constitue un des caractères les plus marqués de l'état psychologique de l'alcoolique.

Dès leur enfance, les buveurs ont souvent présenté une tendance à *l'indécision, au défaut d'attention, à la timidité, au besoin de direction*, à l'hypersuggestibilité.

Ces dispositions d'esprit sont souvent traduites d'une façon pittoresque par les personnes de l'entourage. En parlant du malade, elles s'expriment ainsi : « Il est mou, dans ce qu'il est. Il n'a jamais su ce que c'était d'avoir une volonté à lui. Le premier venu en aurait fait tout ce qu'il voulait. Pour parler, il n'est jamais en retard, mais pour agir, ce n'est pas la même chose. Il lui aurait toujours fallu, à côté de lui, quelqu'un de sérieux. Je fais de lui tout ce que je veux, mais malheureusement, je ne l'ai pas toujours avec moi. Pour que tout aille bien, il ne lui faudrait pas de contrariétés. Il a été élevé comme un enfant gâté et ne savait pas résister à ses entraînements, etc. »

Une autre preuve de l'aboulie se retrouve dans le fait que, dans son enfance, le buveur a présenté des dispositions impulsives. Chez beaucoup d'entre eux, on a constaté des habitudes vicieuses, des tics, de l'onanisme, de l'onychophagie. Quelques-uns avaient été atteints d'incontinence d'urine. On peut regretter pour eux qu'un traitement psychothérapique, éducateur de la volonté d'arrêt, ne leur ait pas été appliqué dès cette époque.

Cette aboulie relative existe évidemment avant les habitudes d'intempérance. Mais il est utile de faire remarquer que, chez les prédisposés, l'aboulie se trouve accentuée sous l'influence de diverses circonstances, parmi lesquelles il faut noter les maladies infectieuses, les chocs physiques et surtout les influences morales.

Parmi ces influences, il faut noter :

1° Les émotions dépressives résultant d'un amour contrarié, d'un projet de mariage rompu.

2° Les chagrins domestiques et les malheurs conjugaux. Les ennuis consécutifs à la trahison conjugale jouent assurément le rôle le plus important dans le développement des habitudes d'intempérance.

3° La perte d'un être aimé, la mort d'un conjoint ou d'un enfant par exemple.

4° La perte d'une situation, la ruine, les condamnations judiciaires, en un mot, la diminution de la situation matérielle ou morale. Quand l'une de ces circonstances survient d'une façon inattendue, elle revêt l'allure d'un véritable choc moral. Il en résulte un trouble profond qui se manifeste essentiellement par l'accentuation de l'état d'aboulie. L'individu semble, depuis ses ennuis ou son malheur, absolument dépourvu de volonté. Il le reconnaît et il met sur le compte de l'aboulie tous les désordres de sa conduite, se déclarant incapable de résister aux entraînements. De plus il avoue qu'il n'est heureux que lorsqu'il est sous l'influence de l'excitant alcoolique qui lui donne l'illusion momentanée d'une volonté qu'il n'a pas.

Dans quelques cas, l'abus des boissons alcooliques n'a d'autre cause qu'une grande timidité naturelle. Nous avons relevé un grand nombre de faits qui corroborent cette opinion. Je pourrais citer un certain nombre d'artiste lyriques et dramatiques qui ont recours à l'ingestion de liqueurs alcooliques pour se soustraire à la phobie professionnelle connue sous le nom de trac des acteurs.

En résumé, l'état mental du malade est essentiellement caractérisé par le syndrome aboulie. Ce syndrome, préexistant aux habitudes d'intempérance et en ayant favorisé le développement, s'est naturellement accentué sous l'influence de l'intoxication.

L'apathie qui, d'après la définition de Littré, est un état d'engourdissement des facultés morales dans lequel le sujet est comme insensible à la peine ou au plaisir, et où il éprouve une sorte de paresse à se mouvoir, est une disposition que l'on rencontre fréquemment chez les alcooliques. La plupart des buveurs sont apathiques aussi bien au point de vue moral qu'au point de vue physique. Tout effort leur est pénible et soit qu'il s'agisse du travail professionnel soit de tout autre exercice demandant de l'application, ils éprouvent les plus grandes difficultés dans la mise en train.

La stimulation passagère qu'ils trouvent dans l'ingestion des boissons alcooliques, et par laquelle se trouve facilitée la mise en action de leur activité, leur donne l'illusion d'un accroissement de force. C'est à cette illusion qu'il faut reporter l'origine de leur intoxication.

En résumé, l'infériorité du buveur se révèle au triple point de vue du jugement, de la volonté, de l'énergie physique et morale. C'est ce qui explique que l'alcoolisme, malgré la similitude de milieu ne sévisse pas à un degré égal chez tous les individus.

Ne devient pas buveur qui vent.

Telle est la formule par laquelle il faut se souvenir qu'indépendamment de certaines prédispositions à l'usage des excitants, la constitution psychologique du sujet joue un rôle prédominant dans l'étiologie de l'alcoolisme.

C'est de cette constatation que dérive ma conception de la cure individuelle. Cette conception comporte essentiellement la rééducation systématique du jugement, de la volonté et de l'énergie motrice.

Les diverses particularités de ce système se trouvent résumées dans les temps suivants :

1er Temps. — *Préparation au traitement.* — Les buveurs, quand ils ne sont pas sous l'influence de l'excitation alcoolique sont doués d'une suggestibilité excessive. Par contre, la moindre dose d'un excitant leur fait perdre leur suggestibilité et leur aptitude à être placés dans l'état d'hypnose.

Voici une constatation qu'il nous est souvent donné de faire :

Un buveur très hypnotisable suit religieusement son traitement. Un beau jour, à notre grand étonnement, nous constatons que ce sujet, d'ordinaire si facile à hypnotiser, semble être devenu tout à fait réfractaire à l'hypnotisation. Cela tient à ce que ce jour-là il n'est pas complètement à jeun. Au repas précédent, il a commis un petit excès ; il a bu, par exemple, quelques gorgées de vin pur, a pris un petit verre de liqueur alcoolique où du café un peu plus fort que d'habitude. Ce simple excès a suffi pour modifier son impressionnabilité à l'hypnose.

La séance d'hypnotisation ne donnera ce jour-là aucun résultat utile et il convient de remettre le traitement au lendemain.

Il importe donc que les buveurs se présentent à la consultation étant à jeun de toute boisson alcoolique. C'est un point très important. Le moindre excès alcoolique provoque une sorte d'irritabilité nerveuse qui modifie la suggestibilité et devient un obstacle à l'hypnotisation. Cela se rattache à des observations qui avaient déjà été faites par les personnes de l'entourage. Elles déclarent que le sujet, tant qu'il est à jeun, se montre parfaitement sociable ; par contre, sous l'influence du moindre excès, il devient absolument intraitable et aucun raisonnement n'a plus de prise sur lui. La suggestibilité normale d'un sujet varie donc sous l'influence des divers excitants. C'est un fait très important à noter, puisque le traitement psychothérapique dépend de la suggestibilité du sujet.

2e Temps. — *Production de l'état d'hypnose. Entrainement hypno-suggestif.* — Quand le diagnostic de la suggestibilité nous a révélé les aptitudes à bénéficier du traitement psychothérapique, il convient de procéder à l'opération de l'hypnotisation. L'état désirable est un état de sommeil ou tout au moins, un état physiologique caractérisé par la suppression et la diminution des diverses activités de son esprit et par l'augmentation de l'automatisme. Il faut que le sujet réalise une passivité complète.

Pour obtenir une transformation morale, la première condition est que le sujet soit hypnotisé. Quand il n'est pas hypnotisé, il résiste inconsciemment à l'influence des suggestions. La production de l'hypnotisme, avant toute tentative de suggestion, est capitale. Elle constitue la base de la méthode ; sans elle, on retombe dans les procédés habituels de traitement moral et il n'y a aucune raison pour que cette nouvelle intervention soit plus efficace que celles qui ont été tentées antérieurement.

3e Temps. — *Les suggestions pendant le sommeil hypnotique. La suggestion impérative.* — L'art de suggérer est aussi régi par certaines règles et nécessite de la part de l'opérateur des aptitudes spéciales sur lesquelles il convient d'insister. Les suggestions doivent être formulées avec précision et exprimées avec fermeté. On ne discute pas avec une mauvaise disposition d'esprit ou avec une impulsion. On doit la neutraliser par une direction énergique. Nous avons eu longtemps l'illusion que la persuasion pouvait suffire à modifier les tendances mauvaises. L'expérience nous a appris que, seules, des *suggestions impératives* sont capables de réaliser cette direction de l'esprit qui transforme le caractère et permet d'obtenir la mise en jeu de la volonté d'arrêt.

4e Temps. — *Association d'actions mécanique à la suggestion verbale.* — Dans un grand nombre de cas, il est nécessaire de renforcer la suggestion verbale par divers artifices dont les plus efficaces sont les actions psycho-mécaniques. Quand il s'agit de corriger une impulsion ou une habitude vicieuse, la discipline psycho-mécanique aura pour but la création d'un *centre d'arrêt psychique.* Cet effet sera réalisé en mettant mécaniquement le sujet dans l'impossibilité d'exécuter l'acte indiqué, en provoquant, chez lui, par suggestion, une paralysie psychique. On répétera ces manœuvres jusqu'à ce que le *cran d'arrêt* soit gravé mécaniquement dans le cerveau du sujet. On déterminera ainsi la limite où doit se contenir son impulsion.

A ces temps fondamentaux de l'opération psychothérapique, il faut ajouter les divers moyens d'action par lequels on réalisera la rééducation du jugement, de la volonté et de l'énergie motrice. Ils permettent, dans la majorité des cas, d'obtenir la guérison de l'alcoolique sans le séparer de son milieu habituel.

Dans des cas plus graves, il sera indiqué d'exiger le placement du malade dans un sanatorium où il sera à l'abri des excitations, des tentations et des influences de milieu dont l'intervention vient neutraliser l'action psychothérapique.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'obésité par les métaux à l'état colloïdal.

Par M. Le Docteur Paul L. TISSIER

Le traitement classique de l'obésité, en dehors des indications capitales qui découlent des circonstances étiologiques, pourrait se résumer en deux propositions : diminution des apports nutritifs, augmentation du processus de désassimilation.

L'augmentation du processus de désassimilation se réalise surtout par les cures d'exercices. Leur action est indiscutable ; mais il ne faut pas perdre de vue que ces cures sont presque toujours fort pénibles ; qu'elles peuvent, si elles ne sont pas surveillées de très près, entraîner de graves dangers ; qu'elles ont habituellement pour contre-partie une exagération de l'appétit qui permet à l'organisme de récupérer ses pertes et, enfin, que leur effet ne survit guère à la cure.

La diminution des apports nutritifs s'obtient par la limitation des aliments qui constitue pour beaucoup de sujets une véritable torture, ou par l'institution d'un régime qui provoque la satiété ou le dégoût, ou bien enfin en déterminant des troubles digestifs qui amènent le fléchissement de l'appétit et la mauvaise utilisation des aliments ingérés. A ce second groupe se rattachent tous les régimes systématiques et les traitements médicamenteux classiques.

Le traitement que j'emploie depuis plusieurs années repose bien sur l'utilisation d'agents médicamenteux, mais il laisse intactes les fonctions d'absorption et d'assimilation et ne vise qu'à augmenter le processus de désassimilation.

Les métaux colloïdaux sont aujourd'hui les mieux connus et assurément les plus inoffensifs parmi tous les agents capables d'exalter les oxydations organiques : élévation du quotient azoturique et de la thermogenèse (Charrin), augmentation des chiffres de l'élimination de l'azote total, de l'urée, de l'acide urique (Robin et Weil, Robin et Bardet, Ascoli.) etc.

Ils ont l'avantage d'agir à la manière des ferments, d'une façon intense et à faibles doses, de déclancher des réactions qui persistent très longtemps et d'entraîner des modifications durables dans le rythme des échanges.

C'est cette action de durée, de persistance qui rend la thérapeutique colloïdale particulièrement précieuse dans une affection qui tend constamment à se reproduire, et qui lui assure une supériorité incontestable sur les meilleures méthodes physiques telles, par exemple, que celle proposée par M. Bergonié.

Injectés dans l'organisme, les colloïdes, dont c'est une des propriétés caractéristiques d'avoir une affinité particulière les uns vis-à-vis des autres, se combinent avec les colloïdes qui constituent le protoplasme cellulaire et les liquides organiques pour former des complexes doués de propriétés spéciales qui se manifestent, suivant le cas, par une exagération des fonctions de défense contre les toxines, par la stimulation des oxydations intra-organiques, l'augmentation des sécrétions et des fonctions d'élimination, etc.

Ces complexes sont souvent reversibles, ce qui permet de comprendre le mécanisme de la longue durée et de l'intensité de leur action.

Sans vouloir insister davantage, il est difficile de s'expliquer pourquoi ce n'est guère que dans les maladies infectieuses que l'on a jusqu'ici utilisé les métaux à l'état colloïdal, alors que les données que nous possédons sur leur action dans l'organisme auraient dû conduire à les appliquer, avant tout, dans les maladies dites de la nutrition.

Le traitement de l'obésité, tel que je le comprends, n'implique pas un régime rigoureux univoque ; il se borne à remplir les indications d'hygiène générale et alimentaire qui résultent de l'étude de chaque cas en particulier ; car il est bien entendu que l'on ne saurait considérer l'obésité comme une maladie : c'est un syndrome dont il faut établir chaque fois la pathogénie, la signification, sinon la nature.

Après avoir essayé tous les métaux à l'état colloïdal que j'ai pu me procurer, je me suis arrêté aux métaux non toxiques du groupe du platine, depuis longtemps connus pour leur pouvoir catalytique.

Je me suis, en effet, convaincu que ni la dose, ni la nature du métal employé ne sont indifférents, comme cela est resté classique jusqu'à maintenant.

Parmi les métalloïdes, l'iode à l'état colloïdal ne m'a pas donné les résultats que l'on pouvait espérer *a priori.*

D'une façon générale, j'ai utilisé la voie cutanée pour les métaux préparés par la méthode chimique et les voies sous-cutanée, intra-musculaire ou intra-veineuse, suivant le métal employé, pour les métaux préparés par la méthode de Bredig.

Le platine, le rhodium et le palladium ob-

tenus par voie électrique s'injectent à doses faibles : 5 à 10 cc. de solutions isotoniques, contenant exactement 0,25 cgr. par litre de métal, stabilisées par un hydrate de carbone de même signe que le colloïde.

Les injections sont répétées une à deux fois par semaine.

Le résultat peut se prévoir dès le début : il sera positif toutes les fois et seulement alors qu'il se produira une réaction : élévation passagère de la température, modification de l'excrétion urinaire, etc.

L'amaigrissement obtenu est peu considérable : 200 à 500 gr. au maximum par semaine ; mais la courbe du poids suit une marche régulièrement descendante.

Il ne se produit ni modification de l'appétit, ni altération de l'état général : un des résultats les plus précoces est l'amélioration rapide des troubles circulatoires si fréquents chez les obèses.

Des observations déjà nombreuses m'ont convaincu que la médication métallique colloïdale de l'obésité représente une méthode d'autant plus précieuse qu'elle n'a pas les graves inconvénients des autres méthodes. Elle est toujours facilement acceptée par les malades dont elle n'exige ni perte exagérée de temps, ni exercices fatigants, ni privations alimentaires trop pénibles ; elle ne provoque ni troubles digestifs, ni modifications fâcheuses de l'état général et s'est toujours montrée absolument inoffensive ; enfin, les résultats qu'elle amène sont, de beaucoup, *plus durables* que ceux que l'on a jusqu'ici obtenus(1).

REVUE DE RADIOLOGIE

La Topographie de la pneumonie du sommet chez l'adulte d'après l'aspect radiologique

Par H. PAILLARD

L'aspect radiologique et la topographie de la pneumonie du sommet chez l'enfant ont été précisés par les travaux de Variot, de Weill et Mouriquand. Ces derniers auteurs ont insisté sur la forme triangulaire de l'ombre pneumonique : triangle à base axillaire, à sommet affleurant l'ombre cardio-aortique ; cette ombre est très nette soit au début, soit lors de la défervescence de la maladie ; elle peut se surcharger d'une opacité plus diffuse lors de la période d'état ; le sommet même du poumon n'est pas compris dans le triangle, mais peut être momentanément opaque à la période d'état.

Mollard (de Lyon) a retrouvé cette même ombre triangulaire chez l'adulte, lors de pneumonies à évolution traînante. Nos propres constatations nous permettent d'affirmer que l'aspect radiologique de la pneumonie du sommet chez l'adulte est comparable à celui que Weill et Mouriquand ont décrit chez l'enfant, au moins lorsqu'il s'agit d'infection pneumococcique.

Nous avons observé une pneumonie du sommet, chez une femme de trente ans, avec hyperthermie, douleur et dyspnée intenses, signes physiques d'apparition tardive, d'abord localisés à l'aisselle, puis étendus secondairement à la région postéro-supérieure du poumon ; chez cette malade, la radioscopie a montré une ombre triangulaire à base axillaire très large (6 à 8 travers de doigt) et à sommet obtus plongeant dans la profondeur du poumon, sans atteindre l'ombre rachidienne ; après la défervescence thermique, l'ombre rachidienne persista quelques jours, puis disparut définitivement.

Chez une autre femme âgée de vingt-six ans, nous avons constaté un aspect radiologique comparable ; les signes généraux et fonctionnels nous invitaient à porter le diagnostic de pneumonie, mais, à part une légère obscurité respiratoire dans l'aisselle, on ne constatait aucun signe physique ; la radioscopie montra une ombre triangulaire à base axillaire, sensiblement moins étendue que dans le cas précédent (4 travers de doigt) et à sommet aigu atteignant à peu près l'ombre rachidienne. Cliniquement, on pouvait dire qu'il s'agissait d'une pneumonie centrale ; radiologiquement le foyer affleurait la corticalité. Tout se passa, d'ailleurs, à peu près normalement lors de cette pneumonie : la température tomba et l'ombre disparut.

Enfin, chez une troisième malade, nous avons constaté les signes cliniques d'une pneumonie du sommet qui nous paraissait, d'abord, tout à fait banale ; mais la radiologie nous montra une ombre différente de celle que nous avions observée jusque-là : ombre diffuse du sommet avec deux noyaux plus sombres, des dimensions d'une grosse noix environ. Chez cette malade, la résolution ne se produisit pas, les râles devinrent de plus en plus gros et l'on put mettre en évidence d'abondants bacilles de Koch dans l'expectoration. Il s'agissait donc ici d'une pneumonie ou broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë du sommet, dont l'aspect radiologique était, on le voit, tout différent.

De ces trois observations, il résulte donc :

1° Que la pneumonie du sommet a, chez l'adulte, la topographie qu'elle possède chez l'enfant et se présente aux rayons X sous la forme d'une ombre triangulaire à base axillaire, le sommet même étant respecté (1) ;

2° Que la pneumonie dite « centrale » peut offrir un aspect analogue et affleurer la corticalité ;

3° Que la pneumonie tuberculeuse aiguë est susceptible de réaliser une ombre différente : noyaux isolés au milieu d'un sommet complètement gris. (2).

REVUE D'HYGIÈNE

Les Maisons tuberculeuses de Paris Dix-neuf années de lutte

Par M. Paul JUILLERAT
Chef du Bureau administratif des Services d'hygiène de la Ville de Paris

Depuis dix-neuf ans nous avons, jour par jour, suivi, grâce au Casier Sanitaire, la marche de la terrible maladie dans toutes les maisons de Paris. Nos observations ont porté sur un nombre imposant de décès (178.986).

Depuis 1906, la lutte entreprise à la suite de nos travaux a été menée sans interruption, et les résultats qu'elle a donnés peuvent être considérés comme acquis. Il nous semble bon de résumer les principes que nos travaux ont mis en lumière, l'application qui en a été faite pratiquement et la part qui revient aux recherches effectuées au Casier Sanitaire dans l'orientation que les Pouvoirs publics ont donnée depuis quelques années à cette question impressionnante du logement populaire.

I. — Tout d'abord, les travaux du Casier Sanitaire ont démontré d'une manière précise que l'obscurité du logement, l'absence de lumière solaire dans les chambres habitées est un des principaux facteurs, sinon le principal, de la propagation de la tuberculose.

En second lieu, des travaux qui avaient fait connaître des maisons parisiennes dont la mortalité était anormale pour une période importante (du 1er janvier 1894 au 31 décembre 1904), ont amené M. le Préfet à rechercher les causes de cette nocivité particulière de certaines maisons et les moyens d'y remédier.

La Commission spéciale, composée de savants et de fonctionnaires, chargée en 1905 d'étudier la question, adopta le programme d'action que nous lui soumîmes et, depuis cette époque, c'est ce programme dont l'exécution s'est régulièrement poursuivie.

Les maisons que nous avions signalées comme des foyers de tuberculose ont été visitées minutieusement et leurs propriétaires invités à y faire exécuter les travaux nécessaires pour les assainir, par application de la loi du 15 février 1902.

Sur les 223.038 chambres dont se composent les 2.758 maisons visitées au 1er janvier 1913, il en a été trouvé 11.952 absolument privées d'air et de lumière, et il a été reconnu que c'était cette obscurité des chambres habitées qui constituait la tare particulière de ces maisons.

II. — Les documents du Casier Sanitaire nous ont en même temps permis de délimiter dans Paris un certain nombre de groupes de rues, d'îlots, dans lesquels la mortalité tuberculeuse se maintient à un taux particulièrement excessif. Aucune mesure individuelle d'assainissement des maisons n'a pu faire fléchir la mortalité dans l'ensemble de ces groupements.

L'étude de ces îlots a démontré que la cause de cette persistance devait être attribuée à l'obscurité incurable des logements des maisons qui les composent. L'étroitesse des rues (certaines n'ont pas 3 mètres de large), l'absence ou l'insuffisance des cours font que, quels que soient les travaux entrepris dans chaque maison, les logis y seront toujours absolument obscurs. Cette obscurité des logements suffit à y maintenir, envers et contre tout, la mortalité tuberculeuse à un taux excessif et constant.

Ces constatations nous ont amené à des conclusions qui réunissent, aujourd'hui, l'unanimité des hygiénistes, et que nous devons brièvement rappeler.

III. — D'abord, il est devenu évident que le règlement sanitaire doit être revisé en ce qui concerne la hauteur des maisons et la dimension des cours intérieures sur lesquelles prennent jour et air des chambres habitées.

Des maisons de 18 mètres de hauteur, en bordure des rues de 12 mètres de large, n'ayant pour éclairer les deux tiers de leurs chambres habitées que des cours de 6 mètres de large, auront toujours les pièces situées aux étages inférieurs presque absolument obscures. De telles maisons réalisent les conditions les plus favorables pour devenir rapidement des foyers de tuberculose.

Il faut, de toute nécessité, diminuer la hauteur des maisons et augmenter la dimension des cours pour que les habitants puissent jouir des effets bienfaisants de la lumière.

On parle beaucoup en ce moment de la création d'espaces libres, de squares, de parcs, de places de jeux. Nous sommes loin d'y contredire et nous ne pouvons qu'approuver de toutes nos forces les projets qui s'y rapportent. Mais nous pensons qu'il est encore beaucoup plus urgent d'assurer *à chaque maison des espaces libres suffisants* pour que l'air et la lumière pénètrent largement dans tous les logis, même les plus humbles, et nous sommes persuadés que le succès de la lutte contre la tuberculose est à ce prix.

IV. — En second lieu, il est devenu non moins évident que l'Administration municipale doit se préoccuper de faire disparaître au plus tôt les îlots signalés par le Casier Sanitaire. L'ordre dans lequel on devra procéder est tout indiqué. Il faut commencer par le plus meurtrier, c'est-

(1) *Soc. de médec. de Paris.*

(1) Cette ombre « suspendue » diffère de celle de la pleurésie interlobaire par sa régularité et par son caractère transitoire ; mais il est possible qu'une telle pneumonie, située bien près de la scissure, évolue ensuite vers la pleurésie interlobaire et qu'on ait là l'explication des pleurésies interlobaires dites primitives, que la plupart des auteurs estiment être secondaires à une affection pulmonaire méconnue.

(2) Soc. de biol.

à-dire par celui du quartier Saint-Merri, continner par celui du quartier Saint-Victor. Ce sont les deux plus gravement atteints, et le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, consulté sur ce point, s'est, par l'organe de son rapporteur M. le Dr Roux, nettement prononcé dans ce sens.

L'Administration et le Conseil Municipal ont décidé de consacrer à cette œuvre spéciale une somme de trente millions. Il faut se hâter d'entreprendre cette épuration nécessaire, comme aussi d'obtenir du Parlement le vote de la loi sur l'expropriation pour cause d'insalubrité qui seule permettra l'utilisation rationnelle des crédits affectés à l'assainissement.

V. — Depuis quatre ans, la tuberculose baisse à Paris d'une façon régulière.

Dans 1.511 maisons, habitées par 144.226 personnes la suppression des chambres obscures a amené une diminution, dans le nombre des décès tuberculeux, de 2.39 pour 1.000 habitants

Peu à peu, par suite des travaux d'assainissement qui y sont exécutés, les maisons que nous avons notées comme tuberculeuses tendent à voir leur mortalité s'abaisser au taux de la mortalité de la ville entière.

VI. — Mais ce résultat est insuffisant et l'on doit espérer mieux. Nous avons montré la nécessité de modifier le règlement sanitaire pour que les maisons neuves ne puissent à leur tour devenir d'ici quelques années de nouveaux foyers de maladie.

Les documents du Casier Sanitaire nous ont démontré une autre vérité : c'est la nécessité, à mesure que l'on détruira les maisons foyers de tuberculose, de préparer des maisons salubres pour leurs habitants.

Et ces maisons ne peuvent pas être construites dans un quartier quelconque. Nous avons, en effet, montré dès nos premiers rapports, qu'un grand nombre d'habitants des maisons malsaines n'y demeurent que parce qu'ils y sont forcés. Ils ne peuvent, sans un grave préjudice, s'éloigner du quartier où se trouve leur travail. De là l'obligation pour eux d'y prendre le logis que leurs moyens leur permettent de payer, c'est-à-dire, neuf fois sur dix, un taudis.

Nous avons vu l'an dernier, que la démolition dans le 5e arrondissement d'un certain nombre de maisons malsaines pour l'élargissement de la rue du Petit-Pont et de la rue Saint-Jacques, avait amené dans l'îlot déjà si éprouvé que nous avions relevé dans le bas du quartier Saint-Victor, une augmentation de mortalité de 4 pour 1.000 habitants.

C'est qu'une partie des malheureux, que les démolitions avaient chassés de leurs demeures, obligés par leur travail d'habiter dans la même région, s'étaient rejetés sur les maisons qui, dans le voisinage, leur offraient des loyers analogues à ceux qu'ils payaient.

Ils étaient, par suite, venus se superposer à une population déjà contaminée, augmentant ainsi l'encombrement dont elle souffrait, et l'assainissement d'une partie du quartier avait ainsi entraîné, pour une partie voisine, un redoublement d'insalubrité.

C'est là un phénomène qui se produira invariablement dans tous les cas analogues et auquel il n'y a qu'un remède : construire, au fur et à mesure que l'on démolira des maisons malsaines, d'autres maisons salubres de loyers analogues, situées dans le même quartier et pouvant contenir au moins une partie de la population ancienne.

VII. — A côté de ces opérations de grande envergure, il faut continuer l'amélioration des maisons améliorables. C'est une œuvre moins brillante, mais dont l'extrême utilité a été surabondamment démontrée par les résultats obtenus.

Il ne faut pas se lasser, car le mal, vaincu sur un point, se retranche plus vivace sur un autre. Pendant que l'on transforme une maison malsaine, une autre, qui jusqu'ici ne présentait rien d'anormal, voit, sous certaines influences, la tuberculose s'y établir et prospérer.

La hausse croissante des loyers fait que, pour les logis modestes, la demande est bien supérieure à l'offre. Le propriétaire est incité à tirer un parti de plus en plus intensif de sa maison. Il divise à l'infini tous les espaces à peu près habitables, entasse locataires sur locataires et de nouveaux foyers de tuberculose se créent ainsi, on peut dire, chaque jour.

En 1912, seulement, nous avons relevé 63 maisons classées en debors de celles que nous considérions comme infectées et qui, pour cette seule année, ont enregistré 3, 4 et 5 décès tuberculeux.

Il est indispensable de réviser périodiquement le travail que nous avons établi une première fois en 1905, afin de découvrir et d'attaquer les nouveaux foyers de maladie qui, pour des causes multiples, ont pu se créer pendant que l'on faisait disparaître les anciens.

VIII. — Tel est le bilan, de l'œuvre que nous poursuivons depuis dix-neuf ans et qui est entrée dans la période active depuis 1905.

Ce sont ces travaux du Casier Sanitaire, ces chiffres si éloquents qu'il dévoile, chaque année depuis huit ans, qui nous ont permis de poser d'une façon précise les termes du problème de la lutte contre le logement tuberculeux.

Aujourd'hui, tout le monde est d'accord. Le Parlement a voté des lois complémentaires sur les habitations à bon marché, sur l'assainissement des voies privées. Il prépare une loi sur l'expropriation pour cause d'insalubrité, d'autres encore pour l'assainissement des villes. Le Conseil municipal de Paris a voté un emprunt de 200 millions pour la construction d'habitations à bon marché et les projets des premiers groupes de maisons sont déjà approuvés et vont d'ici peu entrer en voie d'exécution.

Ce sont les principes qu'avaient mis en lumière les travaux du Casier Sanitaire qui ont guidé les auteurs de ces projets.

Il nous plaît de revendiquer une petite part dans le mouvement d'opinion qui a amené, dans cette question du logement populaire, l'orientation des pouvoirs publics, et d'avoir mis en lumière le rôle du Casier Sanitaire des immeubles, considéré aujourd'hui, dans toutes les villes d'Europe, comme l'organisme indispensable de l'hygiène urbaine.

Paris d'ailleurs a été la première ville qui ait su tirer des données utiles du Casier Sanitaire. Nous devons souhaiter que ces enseignements ne soient pas perdus et que, dans la réforme du règlement sanitaire, dans l'aménagement des fortifications, comme dans la construction des habitations à bon marché, l'Administration applique rigoureusement les principes que nous avons rappelés plus haut en assurant aux logements de tout ordre, aux chambres de toute nature, aussi bien aux cuisines et aux ateliers, qu'aux chambres à coucher et aux salons le maximum possible d'air et de lumière.

CARNET DU PRATICIEN

Méningite aiguë simple

Chambre bien aérée. Repos absolu. Silence. Cheveux coupés ras.

Au-dessous d'un an :

1° Appliquer quatre sangsues à l'anus ou au niveau des apophyses mastoïdes; laisser couler les piqûres pendant deux heures;

2° Envelopper les extrémités inférieures de larges cataplasmes vinaigrés fréquemment renouvelés;

3° Appliquer en permanence sur le front des compresses trempées dans l'eau froide.

Si les convulsions persistent, remplacer les compresses fraîches par l'irrigation continue sur la tête préalablement rasée.

Administrer en une seule prise :

Calomel.............. 0 gr. 30

Compléter ce traitement par des frictions axillaires avec 8 ou 12 grammes d'onguent napolitain.

Dans le cas de pâleur, refroidissement, coma, cesser les irrigations d'eau froide et appliquer des vésicatoires volants aux jambes, puis aux cuisses, puis à la nuque. Au calomel, substituer alors une potion contenant 0 gr. 50 de musc, administrée par cuillerée à café toutes les demi-heures.

Deuxième enfance :

Même traitement.

Bains tièdes prolongés et irrigation froide sur la tête.

En cas de convulsions :

Oxyde de zinc........................	0 gr. 50
Calomel..............................	0 gr. 50
Valériane pulvérisée.............	0 gr. 50

En dix prises. Une toutes les quatre heures.

Assa fœtida.....................	1 à 2 gr.
Jaune d'œuf.....................	n° 1
Eau..............................	80 gr.

Pour un lavement.

Si les vomissements sont excessifs :

Quinine brute......... 0 gr. 20 à 0 gr. 30

En cinq prises. Une toutes les deux heures.

Pour prévenir la toux émétisante et les vomissements chez les tuberculeux

MM. Gann et Rochais (de Lyon), ont constaté que l'éternuement constitue un excellent moyen de supprimer chez les tuberculeux les quintes de toux émétisante et les vomissements qu'elles entraînent après le repas. Ils font priser aux malades une des poudres sternutatoires suivantes :

Feuilles sèches de lavande pul.	4 grammes
Feuilles de mousse..........	4 —
Feuilles sèches de menthe...	4 —
Saccharine......................	0 gr 30
Naphtol B, cristallisé........	0 gr. 50

ou :

Racine de pyrèthre pulvérisée	5 grammes
Poudre de semence de staphysaigre..............	5 —
Poudre de gingembre......	5 —

ou :

Feuilles sèches de muguet pulvérisées....................	5 grammes
Cubèbe pulvérisé.............	10 —
Anis vert pulvérisé..........	5 gr.

Eczéma des parties génitales

Chlorate de potasse........	25 grammes
Laudanum de Sydenham...	15 —
Eau commune...............	500 —

Faire dissoudre.

Lavez les organes atteints d'eczéma, avec une éponge trempée dans cette solution tiède. Couvrir ensuite la région malade de compresses imbibées de la solution et maintenir celles-ci par du taffetas gommé. Cheron.

Anémie de la puberté

1° Eviter le surmenage scolaire. Assurer largement l'aération;

2° Un quart d'heure avant les repas de midi et du soir, dans un peu de Bordeaux vieux, une cuillerée à soupe de :

Extrait de quinquina.......	30 grammes
Arséniate de soude.........	10 centigr.
Sirop d'écorces d'oranges....	250 c.c.
Vin de Frontignan. Q. s. pour	500 c.c.

3° Feroxal...................... Un flacon

Une cuillerée à café de ce granulé le matin au premier déjeuner.

4° Frictions sur tout le corps, matin et soir, au gant de crin et à l'eau de Cologne.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : G. Zante

TABLE DES MATIÈRES

E

F

G

H

I

VARIÉTÉS

Les Abréviations Stéthoscopiques

La 16e conférence internationale de la tuberculose récemment réunie à Berlin a adopté définitivement le système international proposé par M. Saugman (de Vejlefjord) à la 10e conférence internationale de la tuberculose à Rome en 1912, pour les abréviations stéthoscopiques. Voici les abréviations proposées et adoptées :

d	Dexter	Droit
s	Sinister	Gauche
a	anterior	antérieur
p	posterior	postérieur
sup	superior	supérieur
inf	inferior	inférieur
C	costa	côte
C_2, etc.	costa II, etc.	
interc	spatium intercostale	espace intercostal
Cl	clavicula	clavicule
Pap	papillula mammæ	mamelon
Sp	spina scapulæ	épine de l'omoplate
Ang	angulus scapulæ	angle de l'omoplate
1/2 Sc	medio scapulæ	au milieu de la région sous-épineuse
—	usque ad	jusqu'à
Th.	Thorax	thorax
applan	applanatus	aplati
dilat	dilatatus	dilaté
retard	retardatus	retardant
Margo	margo pulmonis	limite du poumon
mobil	mobilis	mobile
immobil	immobilis	immobile
M*)	mutitio, mutus	matité
Tymp	tympanismus	tympanisme
Met	metallia	résonnance métallique
Resp	respiratio	respiration
Insp	inspiratio	inspiration
Exsp	exspiratio	expiration
ves	vesicularis	
bronch	bronchialis	souffle bronchique
amph	amphoricus	souffle cavitaire
sacc.	saccatus	saccadé
prolong	prolongatus	prolongé
fort	fortis	exagéré
dim	diminutus	affaibli, diminué
RL**)		gros râles
Rl**)		râles moyens
rl**)		râles fins
(;)		après la toux seulement
(Rl_1)		râles peu nombreux, moyens, perceptibles seulement après la toux, etc.
sicc	siccus	sec
cons	consonans	consonnant
crep	crepitans	crépitans
subcrep	subcrepitans	sous-crépitant
craq		craquements
rh	rhonchi	râles
frict	frictio	frottements
Frem	fremitus vocalis	vibrations vocales
Brph	bronchophonia	bronchophonie

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La Métallothérapie colloïdale, par M. Emm. Pozzi-Escot (Rousset).

Bien que la science des colloïdes date d'un demi-siècle (de Graham, 1861), ce n'est que dans ces derniers temps qu'elle est entrée dans le domaine médical par l'emploi des corps solides, et notamment des métaux à l'état colloïdal. Cette nouvelle médication utilise les solutions métalliques non plus à l'état de sels, comme autrefois, mais sous la forme métallique. Le Dr Robin leur a donné le nom de ferments métalliques pour rappeler que leurs actions sont analogues à celles des ferments diastasiques, des toxines et des anti-corps.

L'emploi de ces nouveaux agents a donné des résultats si merveilleux que leur publication fit surgir des haussements d'épaule. Mais les faits ont parlé d'eux-mêmes et entraîné bien des convictions.

Sécurité des sexes, par le Dr Bouglé (Rousset).

La première partie contient un ensemble de faits pouvant se résumer sous le titre : « Misère et folie provoquées. » Dans la deuxième, divers chapitres expliquent le titre « l'art de se tuer à tout âge » ; enfin la troisième partie est consacrée aux « maladies vénériennes ».

Le traitement des maladies du cœur et de l'aorte en clientèle, par Ch. Fiessinger (A. Maloine.)

Une curieuse confusion de méthode s'était depuis quelque temps dans les recherches consacrées aux maladies du cœur. Les médecins se transformeat en physiologistes. Vous leur demandez : « Comment guérir », ils vous répondent : « Regardez ce tracé. »

Et nous regardons le tracé. Malheureusement, cette contemplation demeure vaine; elle n'enrichit en rien nos ressources thérapeutiques. Les médecins passent outre et réclament des notions d'un ordre plus terre à terre.

C'est à ce besoin que répond le présent volume: il se contente d'apprendre à guérir les malades. Les notions physiologiques étant réduites au strict indispensable, toutes les pages sont consacrées à la thérapeutique.

Leur ensemble permet de traiter les malades du cœur et de l'aorte en connaissance de cause et pour la plus grande gloire du médecin traitant qui ne croise pas, dans sa pratique beaucoup de maladies chroniques d'une complaisance aussi docile à l'action et à l'efficacité de la thérapeutique.

L'Alliance paradoxale, par Jacques Prolo (Dragon).

L'*Alliance paradoxale*, c'est l'alliance du bonnet phrygien et du casque à pointe, ainsi que l'indique la couverture synthétique de cet intéressant travail.

L'auteur, Jacques Prolo, analyse et réfute la thèse germanophile de l'Alliance franco-allemande soutenue, naguère, par M. Marcel Sembat et qui est devenue la formule de politique étrangère préconisée par les socialistes unifiés.

M. Jacques Prolo n'est pas germanophobe, il admet et souhaite un rapprochement franco allemand basé sur la réciprocité et non sur l'abdication.

Léonard de Vinci, physiologiste, par le Docteur Henri Verdier (Rousset).

Le Dr Verdier considère que, dans cette encyclopédie universelle qui est l'œuvre immense du Vinci, la physiologie occupe une place prépondérante. Il nous le démontre sans peine. Puis après nous avoir dit comment la méthode du savant florentin n'est autre que la méthode scientifique moderne, il analyse ses idées et ses expériences sur la respiration, la circulation, la digestion, la locomotion, etc., prouvant que si l'on réunit toutes les notes sur la physiologie que Léonard a dispersées dans ses 40 manuscrits, on peut en faire un véritable traité de physiologie presque complet et surprenant de valeur pour un savant du XVe siècle. Et, chemin faisant, l'auteur montre comment, dans le Vinci, l'artiste et le savant sont inséparables et s'expliquent l'un l'autre.

La Vie d'Etudiant, par le Dr Cabanès (Albin Michel).

C'est le tableau pittoresque, mouvementé, de la « vie d'étudiant », depuis les origines jusqu'à l'époque actuelle, que le Docteur Cabanès nous offre dans le travail présenté à l'Académie de Médecine par le professeur Landouzy.

L'auteur raconte, par le menu, l'existence corporative et surtout individuelle des « escholiers » ; leurs heures de travail, leur manière de vivre, de se loger, de se vêtir, et aussi leurs jeux et divertissements.

On retrouve là, comme dans les autres productions du docteur Cabanès, le même souci de documentation exacte et précise ; la même couleur et la même intensité de vie dans le récit.

De nombreuses illustrations accompagnent le texte qui l'éclairent et la complètent.

ÉCHOS

La proportion des sexes chez les poissons.

Le docteur Surbeck, inspecteur de l'Office fédéral de la pêche, à Berne, s'est livré à d'intéressantes recherches sur la proportion des sexes chez les poissons, et la *Schweizerische Fischereizeitung* a publié récemment les résultats de ses observations portant sur 115.000 poissons d'espèces communes pendant la période du frai. Pour 100 femelles il naquit 687,4 mâles dans le lac des Quatre-Cantons, 528,9 dans le lac de Constance, 405 dans le lac de Thun, 259,7 dans le lac de Zug. Pour les truites, notamment, il naquit 378,4 mâles pour 100 femelles.

Le docteur Surbeck cherche actuellement à élucider les causes de cette disproportion, et il rappelle à ce sujet les expériences de Hertwig qui opéra avec des œufs de grenouilles placés les uns dans de l'eau simplement froide et les autres dans de l'eau très froide. Les premiers donnèrent 319 femelles et 334 mâles, les seconds 85 femelles et 260 mâles. Le froid serait donc favorable à l'éclosion des mâles.

Une vache à musique.

Voilà une assez amusante histoire qui nous vient d'Amérique. Depuis longtemps, un bon fermier du nord de l'Etat de New-York et sa femme passaient des nuits affreuses.

Ils étaient souvent réveillés par d'étranges sons musicaux dont ils ne pouvaient deviner ni la nature, ni l'origine ; mais pour eux, c'était quelque fantôme diabolique. Toutes les nuits, ils étaient réveillés en sursaut : des airs de musique, composés de cris, de notes, de soupirs, retentissaient sous leurs fenêtres. Notre fermier ouvrait chaque fois la porte de sa maison ; il ne voyait ni fantôme, ni musicien, sa vache seule était près de la fenêtre et ruminait tranquillement.

Un jour, le boucher du village acheta la vache, la tua, la dépeça et découvrit le mystérieux fantôme musicien. La vache avait avalé, on ne sait comment, un harmonica, et, quand elle ruminait, l'air pénétrant dans le premier estomac, faisait résonner les notes de l'indigeste instrument...

Se non è vero...

L'encombrement dans les hôpitaux de Paris

Le conseil de surveillance de l'Assistance publique doit examiner prochainement un projet d'emploi de la subvention de 7 millions 1/2 qui lui est allouée sur la deuxième tranche de l'emprunt municipal de 900 millions.

Les propositions faites sont les suivantes :

1° Des reconstructions, restaurations ou améliorations dans certains établissements : 1 million 1/2 à Cochin pour les pavillons de malades ; 1 million à Tenon pour une salle d'opérations ; 700.000 francs à Saint-Louis pour reconstruction de la maternité, etc. ; au total 5.729.000 francs ; 2° de grosses réparations pour plus d'un million, dans la plupart des autres hôpitaux ; 3° enfin l'achat pour 150.000 francs de radium dont la ville de Paris ne possède en propre, dans ses hôpitaux, aucune parcelle.

Il ne s'agit dans tout cela que des travaux les plus urgents. En outre de ces crédits, 5 millions seraient nécessaires pour les réparations, et de plus grosses ressources encore pour reconstruire des hôpitaux anciens comme Broca, Beaujon, les Enfants-Malades, etc.

Au temps actuel, en effet, il serait désirable de bâtir deux nouveaux hôpitaux de 800 à 1.000 lits chacun représentant une dépense de 20 à 24 millions. L'assistance publique est, du reste prête à apporter son concours le plus large et le plus désintéressé à la réalisation de cette œuvre et s'engage à assurer avec ses propres ressources la construction d'un hôpital de 1.000 lits.

M. Mesureur va demander au conseil de surveillance d'émettre le vœu que cette proposition soit faite sans tarder au préfet de la Seine, au Conseil municipal de Paris et au Conseil général de la Seine.

Les baisers d'un mari durant vingt années de mariage!

Un Anglais, qui, chose assez rare, doit avoir du temps à perdre, s'est amusé à compter les baisers qu'il a échangés avec sa femme pendant ses vingt premières années de mariage.

D'une éloquence amusante, les chiffres qu'il nous donne ! La première année, il a donné à sa légitime compagne environ cent baisers par jour, soit 36,760. La deuxième année, ce chiffre se réduit de moitié, ce qui donne encore cinquante baisers par jour ; mais la troisième année, il n'en reste plus que dix, et à partir de la cinquième, deux baisers quotidiens, un le matin, un le soir !

Voilà une statistique vraiment originale ; seulement notre correspondant ne nous dit pas qu'en suivant la progression, il est probable qu'il en arrive à ne plus embrasser sa femme que le premier janvier des années bissextiles !

Le mouvement de la population en 1913

Le ministère du Travail publie le mouvement de la population pour le premier semestre de 1913. Pendant ces six mois, l'excédent des naissances sur les décès n'a été que de 11.040 unités au lieu de 14.712 pendant les six premiers mois de 1912.

Il y a eu cependant un relèvement assez notable du nombre des naissances : 387.512 au lieu de 378.807 en 1912. Mais cet accroissement de 8.705 naissances n'a pas suffi à compenser l'augmentation du nombre des décès : 376.508 au lieu de 364.635, soit 11.875. Il faut dire qu'on prévoyait ce relèvement de la mortalité, l'année 1912 ayant fourni le nombre de décès le plus faible que l'on ait enregistré depuis l'origine des statistiques de l'état civil.

Le sport et les femmes.

A notre époque où la pratique du sport est si prônée, il ne serait pas inutile d'exposer les résultats de la pratique abusive, par les jeunes filles américaines, des exercices violents en plein air.

Cet abus de sport chez les Américaines présente en effet, certains inconvénients.

Leurs pieds et leurs mains deviennent plus gros, les épaules beaucoup plus larges, leur cou plus mince et leurs hanches moins développées.

La grâce féminime diminue donc petit à petit chez la femme américaine par suite de son engouement pour le sport.